

Université de Montréal

**La qualité des relations interpersonnelles d'adolescent(e)s ayant un TCA :
Liens avec la sévérité des symptômes, les caractéristiques personnelles et l'évolution du
trouble**

Par Jade Pelletier Brochu

Département de Psychologie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de l'obtention du
grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en psychologie clinique – recherche et intervention option
psychologie clinique

Avril 2019

© Jade Pelletier Brochu

Résumé

L'adolescence est une période du développement où le risque que débute un trouble de la conduite alimentaire (TCA) est accru. Il s'agit également d'une étape où les rapports à l'autre se complexifient alors que le jeune cherche à s'autonomiser dans sa relation avec ses parents et s'investir dans des relations significatives avec ses pairs. Or, peu d'études empiriques ont examiné les liens entre la qualité des relations avec la mère, le père et les amis et les symptômes de TCA chez des adolescents présentant ces problématiques. Une meilleure compréhension des mécanismes pouvant sous-tendre ces associations ainsi qu'une clarification de l'impact des relations interpersonnelles sur l'évolution de la symptomatologie associée aux TCA à l'adolescence sont également nécessaires afin d'identifier des cibles thérapeutiques potentielles. Sur la base de ces considérations, la présente thèse vise donc à documenter la qualité des relations avec les parents et avec les amis d'adolescents suivis pour un TCA dans le but de mieux comprendre comment elle est reliée à la sévérité et à l'évolution de leurs symptômes et d'identifier les facteurs individuels pouvant sous-tendre ces liens. Afin de répondre à cet objectif, deux études empiriques ont été effectuées et sont présentées sous forme d'articles.

D'une part, la première étude visait à examiner les associations entre les niveaux perçus de confiance, de communication et d'aliénation dans les relations avec la mère, le père et les amis et la sévérité des symptômes de TCA chez une population clinique d'adolescentes. Les effets médiateurs de l'estime de soi faible et de l'humeur négative ont également été examinés. Au total, 186 adolescentes (12 à 18 ans) présentant un diagnostic d'anorexie ont rempli des questionnaires auto-rapportés évaluant la qualité des relations interpersonnelles, la sévérité des

symptômes de TCA ainsi que les niveaux d'estime de soi et d'humeur négative. Les résultats ont indiqué que les adolescentes qui perçoivent davantage d'aliénation dans leurs relations avec leur mère et avec leurs amis présentent des symptômes de TCA plus sévères. L'estime de soi faible et l'humeur négative agissent à titre de variables médiatrices dans ces associations.

Dans la seconde étude, les liens entre les aspects positifs (c.-à-d., communication, confiance) et négatifs (c.-à-d., aliénation) des relations avec la mère, le père et les amis et la sévérité des symptômes de TCA et l'humeur négative ont été examinés à l'aide d'un devis longitudinal. L'échantillon final était composé de 51 adolescents présentant un diagnostic de TCA (anorexie, boulimie, non-spécifiés) et suivis pour cette problématique. Des questionnaires auto-rapportés évaluant la qualité des relations interpersonnelles, la sévérité des symptômes de TCA et l'humeur négative ont été remplis par les participants à l'arrivée dans les services spécialisés ainsi que quinze mois plus tard. Les analyses ont révélé qu'une meilleure communication avec la mère et le père ainsi que moins d'aliénation dans la relation avec la mère à l'arrivée dans les services étaient associées à des symptômes de TCA moins sévères quinze mois plus tard. Des niveaux plus élevés de communication avec le père et davantage de confiance envers les amis à l'arrivée ont également été associés à des niveaux plus faibles d'émotions négatives quinze mois plus tard. De plus, les analyses exploratoires ont indiqué que l'amélioration de certains aspects positifs et négatifs des différentes relations interpersonnelles était associée à des niveaux plus faibles de problèmes alimentaires et d'humeur négative après quinze mois.

Mots-clés : Troubles de la conduite alimentaire, adolescence, relations parent-adolescent, relations avec les pairs, estime de soi, humeur négative

Abstract

Adolescence is recognized as a period of development where there is an increased risk of suffering from an Eating Disorder (ED). It is also an age where youth must adapt to an altered relational context in which they are expected to separate from parental figures, while keeping positive ties with them, and to develop meaningful relationships with peers. Few empirical studies have examined how the quality of interpersonal relationships with mother, father and peers are linked with the severity of ED symptoms in adolescents with these conditions. A better understanding of the mechanisms that could underlie these associations as well as of the impact that familial and social relationships can have on the evolution of psychopathological symptoms in adolescents with ED is needed in order to improve treatment for this population. On the basis of these considerations, the present thesis aims to examine the quality of relationships with parents and friends of adolescents receiving treatment for an ED in order to better understand how it is related to the severity and evolution of their ED symptoms and to identify individual characteristics that might explain these links. In order to meet this objective, two empirical studies have been conducted and are presented in this thesis.

The first study aimed to examine the associations between the perceived levels of trust, communication and alienation in the relationships with mother, father and peers and the severity of ED symptoms in a clinical sample. The mediating effects of low self-esteem and negative mood were also examined. A total of 186 adolescent females (12 to 18 years old) presenting a diagnosis of anorexia nervosa completed self-report measures evaluating the perceived quality of interpersonal relationships, ED symptom severity, low self-esteem and negative mood. The results indicated that adolescents who perceive more alienation in their

relationships with their mother and with their peers also endorsed more severe ED symptoms. Low self-esteem and negative mood acted as mediators of these associations.

In the second study, the links between the positive (i.e., communication, trust) and negative aspects (i.e., alienation) of the quality of the relationships with mother, father and peers, the severity of ED symptoms and the levels of negative mood were examined using a longitudinal design. The sample consisted of 51 adolescents with a diagnosis of ED (anorexia nervosa, bulimia, ED not otherwise specified) who were receiving treatment in a specialized program. Self-report questionnaires were used to assess participants' quality of relationships with their parents and friends, ED symptom severity and negative mood at their arrival in the services and fifteen months later. The results indicated that better communication with mother and father as well as less alienation in the relationship with the mother at baseline were associated with less severe ED symptoms at follow-up. Higher initial levels of communication with the father and more trust in the interactions with peers were associated with lower levels of negative mood fifteen months later. Exploratory regression analyses also revealed significant associations between improvements in specific aspects of the relationships with mother, father and peers and ED-specific symptoms and negative mood over time.

Keywords: Eating disorders, adolescence, parent-adolescent relationships, peer relationships, negative mood, self-esteem

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des abréviations	x
Remerciements	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 - Contexte théorique	4
1.1. Les troubles de la conduite alimentaire (TCA)	4
1.1.1. Classification des TCA et épidémiologie	4
1.1.2. Complications associées aux TCA et pronostic.....	8
1.1.3. Facteurs développementaux associés au risque et au maintien des TCA	11
1.2. Modèle interpersonnel des TCA (IP-TCA).....	15
1.3. Qualité des relations interpersonnelles et TCA à l'adolescence	17
1.3.1. Qualité des relations avec les parents et TCA	19
1.3.2. Qualité des relations avec les amis et TCA	23
1.4. Estime de soi faible.....	27
1.5. Humeur négative.....	30
1.6. Qualité des relations interpersonnelles et évolution des TCA	33
1.7. Limites des études précédentes	37
1.8. Objectif de la thèse et description des études	41
Chapitre 2: Premier article.....	44
Abstract.....	45
Introduction.....	46
Methods.....	53
Results	56
Discussion.....	57
Conclusion	64
References.....	65
Chapitre 3: Deuxième article	75
Abstract.....	76
Introduction.....	77

Methods.....	84
Results	88
Discussion.....	93
Conclusion	104
References	106
Chapitre 4 : Discussion	117
4.1. Retour sur les objectifs et hypothèses	117
4.1.1. Premier article.....	117
4.1.2. Deuxième article	119
4.2. Intégration des résultats des deux études	124
4.3. Implications cliniques	128
4.4. Apports distinctifs de la thèse	136
4.4. Limites de la thèse et pistes de recherche futures	139
5. Conclusion	144
6. Bibliographie	147
 Annexe I – Critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires répertoriés dans le DSM-IV-TR et principaux changements apportés dans le DSM-5	 xiii
Annexe II – Formulaires d’assentiment et de consentement	xv
Annexe III – Instruments de mesure.....	xxiii
1. Inventaire de l’attachement aux parents et aux pairs (IPPA).....	xxiii
2. Inventaire de dépression de Beck (BDI-II).....	xxix

Liste des tableaux

Tableaux du premier article

Table 1. <i>Intercorrelations Among ED Symptom Severity, Relationship Quality Variables and Psychological Factors</i>	71
---	----

Table 2. <i>Multiple Regressions for Relationship Quality Variables Predicting ED Symptom Severity</i>	72
--	----

Tableaux du deuxième article

Table 1. <i>Means (M), Standard Deviations (SD) and T-tests for the Primary Variables at T1 and T2</i>	112
--	-----

Table 2. <i>Zero-Order Correlations Among the Aspects of Relationship Quality with Mother, Father, and Peers and the Severity of Symptomatology (EDRC and BDI) at Time 1 and Time 2</i>	113
---	-----

Table 3. <i>Multiple Regressions for Changes in the Levels of Communication in the Different Relationships Predicting ED Severity (EDRC) and Negative Mood (BDI) at Follow-Up</i>	114
---	-----

Table 4. <i>Multiple Regressions for Changes in the Levels of Trust in the Different Relationships Predicting ED Severity (EDRC) and Negative Mood (BDI) at Follow-Up</i>	114
---	-----

Table 5. <i>Multiple Regressions for Changes in the Levels of Alienation in the Different Relationships Predicting ED Severity (EDRC) and Negative Mood (BDI) at Follow-Up</i>	115
--	-----

Liste des figures

Figures du premier article

Figure 1. *Standardized Regression Coefficients for the Association Between Alienation in the Relationship with Mother and ED Symptom Severity as Mediated by Low Self-Esteem and Negative Mood.....* 73

Figure 2. *Standardized Regression Coefficients for the Association Between Alienation in the Relationship with Peers and ED Symptom Severity as Mediated by Low Self-Esteem and Negative Mood.....* 73

Liste des abréviations

AN	Anorexie (<i>Anorexia Nervosa</i>)
BDI-II	Beck Depression Inventory – Second Version
BN	Boulimie (<i>Bulimia Nervosa</i>)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDI-3	Eating Disorder Inventory – Third Version
EDRC	Eating Disorder Risk Composite
IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment
IP-TCA	Modèle interpersonnel du développement et du maintien des troubles de la conduite alimentaire
TCA	Trouble(s) de la conduite alimentaire
TCANS	Troubles de la conduite alimentaire non-spécifiés

Remerciements

La réalisation de cette thèse représente l'aboutissement d'un cheminement doctoral au cours duquel j'ai énormément grandi en tant qu'étudiante, jeune adulte et future professionnelle. Les six dernières années ont été marquantes en termes d'accomplissement de soi et de remises en question, mais ce sont surtout les liens tissés en cours de route qui ont rendu cette expérience si unique et enrichissante. Je tiens donc à exprimer mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui m'ont soutenue dans cette démarche et qui ont grandement contribué à l'achèvement de cette thèse.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Dominique Meilleur, pour la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de ce parcours doctoral, pour tout le soutien apporté et pour les nombreux encouragements, conseils et enseignements qui ont été très précieux pendant ces six années. Je suis très reconnaissante pour les opportunités que vous m'avez offertes en cours de route et je vous remercie de votre patience, votre écoute et votre disponibilité dans les bons moments, comme dans les périodes plus difficiles.

Tout au long de ce travail doctoral, j'ai eu la chance d'être entourée et appuyée par des collègues de laboratoire extraordinaires, qui sont rapidement devenus des amis. Catherine, Olivier, Geneviève, Marilyne, Guillaume, Emeline et Dorothee, je vous remercie pour toutes les discussions pertinentes (et moins pertinentes !), les fous rires, les vins et fromages, et les moments de complicité qui ont marqué les nombreuses heures passées au labo. Je vous

souhaite tout le succès que vous méritez pour la suite et je lève mon verre à la santé du « famous lab ».

Je veux aussi remercier les enseignants et les superviseurs qui m'ont beaucoup appris ainsi que mes collègues de stage qui ont marqué mon parcours doctoral de belle manière. Je remercie également le Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) pour le soutien financier des dernières années.

Par ailleurs, ces nombreuses années d'étude n'auraient pas été possibles sans le support de ma famille qui, malgré la distance, a su être présente et m'encourager dans ce processus doctoral. Je remercie mon frère et ma sœur qui sont mes éternels complices, mes alliés et qui me font rire au quotidien. Je remercie également mon père pour tous ses encouragements et son support moral au cours de ce cheminement. Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance à ma mère pour son soutien inconditionnel, sa générosité sans bornes et sa vision positive du monde qui ont fait une grande différence au cours de mon parcours universitaire et dans ma vie en général. Merci maman de toujours croire en moi et de m'encourager dans ce qui me tient à cœur.

Enfin, cette épopée qu'est le doctorat n'aurait pas été la même sans la présence constante de trois personnes rencontrées en cours de route et qui font désormais partie intégrante de mon quotidien. Valérie, Marie-Claude et Jessica, je remercie la vie de vous avoir mis sur mon chemin au moment où je m'y attendais le moins et je suis extrêmement reconnaissante pour tout ce que vous m'avez apporté au cours de ces six dernières années. Je vous remercie d'avoir

été mon refuge, ma deuxième famille et mes acolytes dans les bons moments comme dans les tempêtes. Vous êtes des personnes incroyables, chacune à votre façon, et j'ai hâte de voir tout ce que la vie réserve encore à notre quatuor comme émotions fortes et expériences originales pour la suite!

Introduction

Les troubles de la conduite alimentaire (TCA) affectent environ 3,0% des femmes au cours de leur vie (Walsh & Devlin, 1998). Depuis 2006, le nombre d'hospitalisations pour ces problématiques a augmenté de 42% chez les femmes de moins de 20 ans au Canada (Canadian Institute for Health Intervention, 2014) et les TCA se situent au troisième rang des maladies chroniques les plus fréquentes chez les jeunes filles en Amérique (Rosen, 2003). Les garçons sont également affectés par les TCA, avec des taux de prévalence estimés à 2,2% chez les adolescents (Flament et al., 2015). En plus d'occasionner des coûts financiers élevés pour la société (Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin, & Rosenheck, 2000), les TCA peuvent mener à des complications médicales et psychologiques significatives (Campbell & Peebles, 2014) et présentent un taux de mortalité se situant autour de 5%, ce qui constitue l'un des taux les plus élevés parmi l'ensemble des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013; Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011). Encore à ce jour, les TCA occasionnent plusieurs défis sur le plan de l'intervention et les risques de rechutes et de chronicité demeurent élevés (Herzog, Nussbaum, & Marmor, 1996). Les interventions précoces sont toutefois reconnues comme étant associées à un pronostic plus favorable, d'où l'importance de s'intéresser spécifiquement aux adolescents présentant ces difficultés (Lock, 2010).

Selon des données épidémiologiques, les jeunes âgées entre 14 et 19 ans représentent plus de 40% des nouveaux cas de TCA diagnostiqués chaque année (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012), ce qui en fait l'un des groupes d'âge les plus à risque de développer ce type de problématiques. Afin d'essayer d'expliquer l'incidence accrue des TCA à l'adolescence, plusieurs auteurs se sont intéressés aux difficultés d'adaptation rencontrées par ces jeunes en

lien avec les transformations physiques, psychologiques et surtout sociales qui caractérisent cette période du développement (Bradley & Pauzé, 2008; Bruch, 1979; Garner & Garfinkel, 1985). En effet, à l'adolescence, les rapports avec les autres gagnent en complexité alors que le jeune doit affirmer son autonomie dans ses relations avec ses parents en plus de développer des relations saines avec un groupe de pairs (Claes, 2003; Rice & Dolgin, 2005). Or, il a été postulé que les adolescents présentant un TCA éprouveraient plus de difficultés à s'adapter à cette nouvelle réalité interpersonnelle et présenteraient davantage de problèmes sur les plans familial et social, ce qui contribuerait à la fois au développement et au maintien de leurs symptômes (Bruch, 1979; Pauzé & Charbouillot-Mangin, 2001).

En appui à cette notion, des modèles théoriques mettant l'accent sur les difficultés interpersonnelles (p.ex. : modèle transdiagnostique des TCA, modèle interpersonnel des TCA) afin d'expliquer l'apparition et le maintien des TCA ont vu le jour au cours des dernières années (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Rieger et al., 2010). Malgré la pertinence de ces conceptualisations pour la compréhension et l'intervention auprès des personnes qui présentent des conduites alimentaires pathologiques, seul un nombre limité de ces modèles a été validé empiriquement (p.ex. : modèle transdiagnostique des TCA ; Pennesi & Wade, 2016). De plus, très peu de recherches se sont intéressées spécifiquement à la qualité des relations interpersonnelles des adolescents qui présentent un TCA (Leonidas & dos Santos, 2014). La majorité des études qui ont démontré un lien entre les problèmes sur le plan relationnel et la présence de symptômes de TCA ont été menées auprès d'échantillons non-cliniques ou de femmes adultes (Arcelus et al., 2013). Conséquemment, les recherches effectuées à ce jour ne permettent pas de déterminer si la

qualité des relations interpersonnelles est associée aux symptômes de TCA chez les adolescents ou quels sont les facteurs pouvant influencer ces associations. De plus, le rôle du groupe d'amis, pourtant central à l'adolescence, a été peu étudié auprès des adolescents atteints de TCA, tout comme l'évolution de la qualité des relations familiales et sociales des jeunes aux prises avec ces problématiques (Arcelus et al., 2013; Lieberman, Gauvin, Bukowski, & White, 2001). Ces différentes questions sont cruciales pour favoriser une meilleure compréhension des facteurs associés au TCA.

Sur la base de ces considérations, la présente thèse a donc pour objectif général de documenter plus précisément les associations transversales et longitudinales entre la qualité des relations interpersonnelles avec la mère, le père et les amis et la sévérité de la symptomatologie chez des adolescents traités pour un TCA, en plus de viser à l'identification de facteurs individuels pouvant sous-tendre ces liens. Une meilleure identification des facteurs sociaux et psychologiques potentiellement impliqués dans le développement et l'évolution des TCA à l'adolescence est essentielle afin d'aider à orienter la mise en place d'interventions ciblées et efficaces.

La thèse est divisée en quatre chapitres. Le Chapitre 1 expose le contexte théorique du présent travail. L'état des connaissances sur les différentes variables à l'étude est présenté afin de positionner les questions de recherche au sein d'un cadre conceptuel. Les Chapitres 2 et 3 présentent respectivement la première et la seconde étude rédigées sous forme d'articles scientifiques dans le cadre de la thèse. Finalement, le Chapitre 4 porte sur la discussion des résultats obtenus dans les deux études présentées et sur les pistes de réflexion en découlant.

Chapitre 1 - Contexte théorique

1.1. Les troubles de la conduite alimentaire (TCA)

1.1.1. Classification des TCA et épidémiologie

De manière générale, les TCA se caractérisent par des perturbations persistantes de l'image corporelle et du comportement alimentaire qui en viennent à affecter la santé physique et le fonctionnement psychosocial de l'individu (Fairburn & Harrison, 2003). Selon la quatrième version révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000 ; DSM-IV-TR), trois principales catégories diagnostiques de TCA sont répertoriées, soit l'anorexie (*Anorexia Nervosa* ; AN), la boulimie (*Bulimia Nervosa* ; BN) et les TCA non spécifiés (*TCANS*).

Anorexie mentale

Tout d'abord, l'anorexie mentale (AN) est un trouble psychologique caractérisé par le refus de maintenir un poids normal, une peur intense de prendre du poids qui persiste malgré une perte pondérale et/ou un faible poids ainsi qu'une déformation de l'image corporelle (American Psychiatric Association, 2000). Conformément au DSM-IV-TR, quatre critères doivent être satisfaits afin de poser un diagnostic d'AN, soit a) le refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (poids inférieur à 85% du poids attendu), b) la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, malgré l'insuffisance pondérale, c) l'altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, l'influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou le déni de la

gravité de la maigreur et d) l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs chez les femmes post-pubères (aménorrhée). Deux sous-types d'anorexie mentale peuvent être distingués : le type restrictif dans lequel la perte de poids est provoquée essentiellement par la restriction alimentaire et l'exercice physique excessif et le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs dans lequel la personne présente, de manière régulière, des crises de boulimie et/ou un comportement de purge (c.-à-d., vomissements, utilisation abusive de laxatifs, diurétiques, etc.) (American Psychiatric Association, 2000). Au niveau de la prévalence, les données indiquent qu'entre 0,5% et 2% des adolescents recevront un diagnostic d'AN au cours de leur vie (Campbell & Peebles, 2014).

Boulimie

La boulimie (BN) est le second trouble alimentaire répertoriée dans le DSM-IV-TR et se caractérise par des cycles de suralimentation et de purge (American Psychiatric Association, 2000). Spécifiquement, cinq critères sont utilisés pour établir un diagnostic de BN, soit a) la survenue d'épisodes récurrents de boulimie pendant lesquels la personne ingurgite des quantités importantes de nourriture dans un délai relativement restreint (moins de deux heures) et a le sentiment de perdre le contrôle sur son alimentation, b) le recours à des comportements compensatoires destinés à éviter la prise de poids, (tels que les vomissements, l'utilisation abusive de laxatifs ou de diurétiques, etc.), c) les crises de boulimie et les comportements purgatifs surviennent, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois, d) l'influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi et e) le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie. Le taux de

prévalence à vie de la BN se situe entre 0,9% et 3% chez les adolescents (Hoste, Labuschagne, & Le Grange, 2012; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011).

Troubles de la conduite alimentaire non-spécifiés

Enfin, les problématiques qui ne satisfont pas précisément tous les critères de l'anorexie ou de la boulimie sont regroupées sous la catégorie diagnostique des TCA non-spécifiés (TCANS) (American Psychiatric Association, 2000). Selon la classification du DSM-IV-TR, six tableaux sous-syndromiques sont inclus dans cette catégorie : 1) Chez une femme, tous les critères de l'anorexie sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières ; 2) Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel de la personne demeure dans les limites normales ; 3) Tous les critères de la boulimie sont présents, à l'exception que les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois ; 4) L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal ; 5) Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture et 6) Hyperphagie boulimique (c.-à-d., épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie). La prévalence exacte des TCANS est variable selon les études, mais il s'agit du diagnostic de TCA le plus commun chez les adolescents, avec une prévalence estimée allant jusqu'à 4,8% (Campbell & Peebles, 2014; Le Grange, Swanson, Crow, & Merikangas, 2012).

Changements dans la classification des TCA

En 2013, une nouvelle version du DSM a été publiée et certaines modifications ont été apportées à la classification des TCA (American Psychiatric Association, 2013). Une liste exhaustive des critères du DSM-IV-TR ainsi que les principaux changements apportés dans la nouvelle version de l'ouvrage est présentée en **Annexe I**. Malgré la pertinence des modifications apportées dans la dernière version du DSM (DSM-5), la présente thèse a été élaborée avant sa parution et se réfère donc aux catégories diagnostiques et aux critères établis dans la version précédente de l'ouvrage, soit le DSM-IV-TR. Les deux études menées dans le cadre de la thèse utilisent donc les critères du DSM-IV-TR pour identifier le type de TCA présents chez les participants. Il est à noter que les changements apportés aux critères dans le DSM-5 ne modifient pas le regroupement des TCA à l'étude dans cette recherche, en ce sens où l'anorexie, la boulimie et les troubles alimentaires non-spécifiés sont toujours présents dans la nouvelle version.

Approche dimensionnelle

Malgré la reconnaissance de son utilité clinique, le système de classification des TCA présenté dans le DSM comporte certaines limites et plusieurs auteurs ont remis en question la pertinence de mettre l'accent sur des catégories diagnostiques distinctes (c.-à-d., anorexie, boulimie, TCA non-spécifiés) (Waller, 1993; Wildes & Marcus, 2013). La critique principale relève des nombreux points communs qui existent entre les symptômes associés aux différents diagnostics de TCA (Fairburn et al., 2003; Wildes & Marcus, 2013). Par exemple, les crises de boulimie (*binge eating*), les comportements de restriction et les préoccupations à l'égard de l'alimentation et du poids peuvent être présents autant chez les personnes souffrant de

boulimie, d'anorexie et de troubles non-spécifiés. Parallèlement aux points communs qui existent entre les catégories diagnostiques, des différences importantes peuvent être présentes en ce qui a trait au type et à la sévérité des symptômes au sein d'une même catégorie diagnostique (Blechert, Ansorge, Beckmann, & Tuschen-Caffier, 2011; Williamson, Gleaves, & Stewart, 2005). De plus, la migration diagnostique (c.-à-d. : l'alternance entre les types de diagnostics au fil du temps) chez les personnes qui souffrent d'un TCA est relativement fréquente, ce qui suggère la présence d'un continuum de symptômes (Wildes & Marcus, 2013). Ces constats ont donc amené plusieurs auteurs à argumenter en faveur d'une approche davantage dimensionnelle où les chercheurs sont encouragés à évaluer les symptômes de TCA en fonction de leur présence et de leur sévérité (Waller, 1993). La présente thèse s'appuie donc en partie sur cette conceptualisation en examinant la sévérité des symptômes de TCA, tout en tenant compte des catégories diagnostiques établies dans le DSM-IV-TR, qui constituent, encore à ce jour, un langage commun entre les études.

1.1.2. Complications associées aux TCA et pronostic

Les complications physiques et psychologiques associées aux TCA sont nombreuses et certaines sont susceptibles de persister chez l'individu au-delà du rétablissement du trouble (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009). Au niveau médical, la dénutrition prolongée et les comportements compensatoires sont souvent associés à des problèmes cardiaques, des troubles gastro-intestinaux et des déséquilibres électrolytiques (Klump et al., 2009). Les complications au niveau du système endocrinien peuvent également entraîner des retards de croissance importants chez les adolescents ainsi que des problèmes osseux et neuropsychologiques (Campbell & Peebles, 2014; Fisher et al., 1995; Palla & Litt, 1988). De plus, les études de suivi effectuées auprès d'échantillons mixtes (c.-à-d., adolescents et

adultes) ont estimé un taux de mortalité se situant autour de 5,6% par décennie pour l'anorexie, soit l'un des plus élevés parmi les troubles de santé mentale (Campbell & Peebles, 2014; Palla & Litt, 1988). Les statistiques concernant la boulimie sont moins nombreuses, mais certaines études rapportent des pourcentages similaires (Arcelus et al., 2011; Franko et al., 2013). Les données indiquent également que le suicide figure parmi les causes les plus communes de décès chez les personnes souffrant d'un TCA, particulièrement d'anorexie (Franko & Keel, 2006). Ainsi, au-delà des répercussions sur le plan physique, les TCA sont également associés à des complications au niveau psychologique. À cet égard, il a été estimé qu'environ 55% des adolescents souffrant d'anorexie et 88% de ceux souffrant de boulimie présentent également au moins un autre trouble psychologique (Swanson et al., 2011). Parmi les diagnostics comorbides les plus communs, la dépression, les troubles anxieux, le trouble obsessionnel-compulsif ainsi que les problèmes d'abus de substances ont été répertoriés (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006; Campbell & Peebles, 2014; Steinhausen, 2009). Les TCA s'accompagnent également fréquemment d'irritabilité, de difficultés de concentration et d'insomnie (Fairburn & Harrison, 2003).

En ce qui a trait au pronostic et à l'évolution des symptômes de TCA, les données varient en fonction des études et plus particulièrement des critères de rétablissement utilisés (Bardone-Cone et al., 2010; Keel, Mitchell, Davis, Fieselman, & Crow, 2000). Par exemple, certaines études définissent un pronostic favorable strictement en termes de reprise pondérale tandis que d'autres auteurs considèrent que la prise de poids doit également s'accompagner d'un retour à un fonctionnement psychosocial normal pour que la personne soit considérée comme étant rétablie (Bardone-Cone et al., 2010; Couturier & Lock, 2006). L'amélioration de

l'alimentation et le gain de poids ne sont pas toujours accompagnés d'une bonification du fonctionnement personnel. En effet, certains individus continuent de présenter des difficultés importantes au niveau psychosocial malgré une diminution des pensées et comportements spécifiques aux TCA et le retour à un poids normal (Bosanac et al., 2007; Striegel-Moore, Seeley, & Lewinsohn, 2003). Selon des données empiriques, 70% des adolescents ayant un TCA ne satisfont plus les critères pour ces problématiques six ans après leur prise en charge (Steinhausen, Boyadjieva, Griogoroiu-Serbanescu, & Neumärker, 2003). Toutefois, lorsque les critères de rétablissement incluent également l'absence d'un autre problème psychiatrique et la présence d'un bon fonctionnement psychosocial, environ 51% des jeunes peuvent être considérés comme étant « totalement rétablis » (Steinhausen et al., 2003). Selon les résultats d'une importante méta-analyse, certains facteurs tels que la sévérité des symptômes initiaux, l'intensité des pensées et attitudes à l'égard du corps, les problèmes d'ajustement sociaux et le degré de comorbidités ont été associés au pronostic des TCA, bien que les résultats à cet égard demeurent hétérogènes et parfois contradictoires (Steinhausen, 2009). La majorité des études semblent toutefois indiquer que les adolescents ayant un TCA présentent généralement un pronostic et une évolution de la maladie plus favorable que les adultes aux prises avec ces difficultés (Steinhausen, 2009). En ce sens, une durée plus courte de la maladie et une prise en charge précoce sont deux facteurs particulièrement susceptibles d'influencer l'évolution des TCA (Steinhausen, Boyadjieva, Grigoriou-Serbanescu, Seidel, & Winkler Metzke, 2000; Treasure & Russell, 2011).

Dans un tel contexte, une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans l'apparition, mais également dans le maintien des TCA à l'adolescence, est essentielle afin de

favoriser la prévention et d'identifier les éléments susceptibles d'améliorer les interventions chez ce groupe d'âge. La prochaine section fournit donc un aperçu des principaux facteurs de risque et de maintien associés au TCA, avec une emphase particulière mise sur les facteurs développementaux spécifiques à l'adolescence.

1.1.3. Facteurs développementaux associés au risque et au maintien des TCA

À ce jour, l'identification des variables impliquées dans l'apparition et le maintien des TCA demeure complexe. La majorité des auteurs s'entend toutefois sur le fait que les conduites alimentaires pathologiques découleraient de l'interaction entre des facteurs génétiques, psychologiques et sociaux (Fairburn, 2001). Puisque l'adolescence constitue, en soi, une période où le risque de développer un TCA est accru (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004), plusieurs chercheurs se sont interrogés plus spécifiquement sur les liens entre les défis biologiques, psychologiques et sociaux auxquels les adolescents sont confrontés et l'émergence et le maintien des TCA chez ce groupe d'âge (Bradley & Pauzé, 2008; Bruch, 1973; Keel, Leon, & Fulkerson, 2001). Le contexte développemental au sein duquel les adolescents évoluent diffère considérablement de celui des adultes, d'où l'importance de s'intéresser spécifiquement aux potentiels facteurs de risque et de maintien propres à cette période (Adolescent Medicine Committee, 1998).

Défis sur le plan physique

D'une part, plusieurs études ont identifié l'entrée dans la puberté et les changements corporels qui l'accompagnent comme étant des facteurs de risque possibles dans le développement de conduites alimentaires pathologiques (de Santana Portela, Mora, & Raich, 2012; Klump, 2013). En effet, l'augmentation normative des tissus adipeux qui accompagne la

maturation physique a été associée à la présence d'insatisfaction corporelle et de comportements de restriction alimentaire chez les jeunes filles (Ackard & Peterson, 2001; Killen et al., 1992), deux facteurs qui prédisposent au développement d'un TCA (Franko & Striegel-Moore, 2018; Stice, 2002). D'autres auteurs ont toutefois suggéré que la puberté et les changements physiques contribuent plutôt de manière indirecte à l'émergence des TCA, via leur impact sur l'estime de soi et d'autres aspects de l'ajustement psychologique (McCabe & Vincent, 2003).

Défis sur le plan psychologique

En plus des changements corporels, l'adolescence est également marquée par des défis considérables au niveau psychologique, particulièrement en ce qui a trait à la construction identitaire et à l'acquisition d'une certaine autonomie émotionnelle (Christie & Viner, 2005). Chez certains jeunes, l'incapacité à résoudre ces tâches normatives peut engendrer des niveaux problématiques de détresse et compromettre leur développement normal (Christie & Viner, 2005; Hernandez, Montgomery, & Kurtines, 2006). Dans la littérature sur les TCA, les problèmes au niveau du sens de soi, incluant une faible estime de soi, la confusion par rapport aux états affectifs et corporels (c.-à-d., déficit intéroceptif), les problèmes de régulation émotionnelle et le sentiment d'inefficacité personnelle, ont tous été associés à l'émergence et au maintien des conduites alimentaires pathologiques (Jacobi et al., 2004; Stein & Cortes, 2007; Svaldi, Griepentrost, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012; Treasure & Cardi, 2017). Ces données tendent à soutenir la conceptualisation théorique de certains auteurs qui postulent que les comportements visant le contrôle de l'alimentation et du poids à l'adolescence peuvent servir à combler les déficits présentés par ces jeunes au niveau du sens de soi et de l'identité

(Bruch, 1962; Casper, 1983), en plus de les aider à réguler les émotions négatives associées (Schmidt & Treasure, 2006). Selon ces chercheurs, les jeunes ayant un TCA seraient particulièrement vulnérables sur les plans identitaire et émotionnel en raison du contexte relationnel dans lequel ils évoluent (Bruch, 1973; Schmidt & Treasure, 2006).

Défis sur le plan relationnel

Au-delà des défis biologiques et psychologiques, l'adaptation aux changements se rapportant aux relations interpersonnelles constitue l'un des enjeux les plus fondamentaux de l'adolescence (Christie & Viner, 2005). Durant cette période du développement, les rapports à l'autre se diversifient et se complexifient considérablement alors que l'adolescent doit se dégager des liens de dépendance entretenus avec les figures parentales afin de s'investir dans des relations de proximité et d'intimité avec les pairs (Claes, 2003). La capacité du jeune à s'adapter à ces nouvelles réalités relationnelles influence son développement identitaire, émotionnel et son ajustement psychologique de manière générale (Claes, 2003). Les parents et les amis représentent les deux principaux groupes de soutien à l'adolescence et le fait d'entretenir des relations positives avec ceux-ci a été identifié comme étant un facteur protecteur pour plusieurs problèmes de santé mentale (Claes, 2003; Herman-Stahl & Petersen, 1996). Or, selon certains cliniciens et chercheurs, les jeunes ayant un TCA présenteraient des vulnérabilités importantes sur le plan relationnel et éprouveraient des difficultés à s'autonomiser dans leurs relations avec leurs parents et à s'engager dans des relations positives avec leurs amis, ce qui peut précéder le trouble ou en être la conséquence (Bruch, 1979; Pauzé & Charbouillot-Mangin, 2001). Les données indiquent que les symptômes de TCA sont associés, entre autres, à des niveaux élevés d'isolement (Lacharité, 1991), de

solitude (Levine, 2012), d'anxiété et d'insécurité sociales (Sweetingham & Waller, 2008), de dysfonctions familiales (Dancyger, Fornari, Katz, Wisotsky, & Swencionis, 2003) et de conflits interpersonnels (Grisset & Norvell, 1992). Les problèmes relationnels ont été identifiés comme étant à la fois des précurseurs au développement de conduites alimentaires pathologiques ainsi que des facteurs qui contribuent au maintien de ces problématiques (Fairburn & Harrison, 2003; Hartmann, Zeeck, & Barrett, 2010; Rieger et al., 2010). Ces derniers auteurs ont d'ailleurs souligné le cycle problématique qui s'installe souvent compte tenu de l'impact négatif des symptômes de TCA sur les interactions familiales et sociales, ce qui contribue à l'isolement et renforce par le fait même les attitudes et comportements problématiques à l'égard de l'alimentation.

Dans l'ensemble, il est donc reconnu que les adolescents aux prises avec des problèmes alimentaires éprouvent des difficultés à s'adapter aux tâches développementales qui caractérisent cette période sur les plans biologique, psychologique et surtout social (Smolak, Striegel-Moore, & Levine, 2013). Ce dernier volet, qui constitue l'objet d'étude principal de la thèse, a été mis de l'avant dans plusieurs modèles théoriques de développement et de maintien des TCA élaborés au cours des dernières années (Arcelus et al., 2013; Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010; Wilfley, 2000). La reconnaissance de l'efficacité des thérapies interpersonnelles et familiales dans le traitement des TCA, particulièrement à l'adolescence, a contribué à l'émergence de ces modèles intégratifs qui postulent un rôle central aux facteurs relationnels dans l'étiologie des TCA (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010). La pertinence de ces conceptualisations théoriques réside dans le fait qu'en plus d'accorder un rôle central aux relations interpersonnelles dans le développement et le maintien des TCA, elles proposent

des facteurs pouvant potentiellement expliquer ces associations. Dans la prochaine section, le modèle interpersonnel portant sur le développement et le maintien des TCA (IP-TCA), qui fournit les assises théoriques de la présente thèse, sera présenté. Le cadre conceptuel découlant de ce modèle apparaissait tout indiqué pour la présente étude pour plusieurs raisons. D'abord, le modèle IP-TCA met l'accent sur le rôle de facteurs psychosociaux (c.-à-d., relations interpersonnelles, estime de soi, humeur négative) dans le maintien des problèmes alimentaires (Rieger et al., 2010). Il tient également compte des défis spécifiques à la période de l'adolescence et est applicable à l'ensemble des TCA (Raykos, McEvoy, & Fursland, 2017; Rieger et al., 2010).

1.2. Modèle interpersonnel des TCA (IP-TCA)

Le modèle IP-TCA élaboré par Rieger et ses collègues (2010) fournit un cadre conceptuel au sein duquel les liens entre les relations interpersonnelles et les symptômes de TCA peuvent être compris et expliqués, afin qu'éventuellement les interventions soient davantage ciblées autour des facteurs de maintien qui contribuent à la persévérance du trouble et à sa résistance à l'intervention. Spécifiquement, dans ce modèle, l'accent est mis sur les liens entre les expériences et perceptions sociales de l'individu et les difficultés au niveau de la représentation de soi. Parmi ces difficultés, deux sont considérées comme étant centrales au maintien des TCA, soit l'évaluation négative de soi-même ainsi que la difficulté à réguler les émotions négatives associées. L'approche IP-TCA postule que les difficultés au niveau interpersonnel contribuent à l'apparition et au maintien des symptômes de TCA en raison de leur impact négatif sur l'estime de soi ainsi que sur l'humeur de l'individu. Plus spécifiquement, dans un contexte où l'individu en vient à percevoir négativement son

fonctionnement social, et ce en raison de la présence de difficultés interpersonnelles variées (p.ex., deuil, transition de rôle, isolement, conflits), les comportements et attitudes associées aux TCA (p.ex., restriction alimentaire, activité physique excessive, crises de boulimie) peuvent servir à combler le déficit ressenti au niveau de l'estime de soi en plus d'aider à réguler les émotions négatives. Au fil du temps, les symptômes de TCA en viennent donc à remplacer les interactions normales et saines avec l'environnement social qui, dans un contexte optimal, permettent à l'individu de développer une estime de soi favorable et de ressentir des émotions positives. Les symptômes de TCA qui augmentent en intensité ont aussi des répercussions négatives sur les relations interpersonnelles, ce qui ne fait qu'exacerber les comportements et attitudes problématiques à l'égard de l'alimentation, du poids et de l'image corporelle (Rieger et al., 2010).

Le modèle IP-TCA accorde également une attention particulière à la période de l'adolescence, et plus précisément à l'importance grandissante du groupe d'amis dans la vie du jeune (Rieger et al., 2010). Alors que la plupart des modèles théoriques portant sur le développement et le maintien des TCA abordent les relations interpersonnelles de manière globale, le modèle IP-TCA tient compte des fonctions spécifiques que les interactions sociales, particulièrement celles avec les amis, peuvent avoir à l'adolescence. En effet, à cette période du développement, les jeunes passent davantage de temps avec leurs pairs et la qualité de ces relations influence grandement l'estime de soi et l'humeur (Rieger et al., 2010). Sans négliger l'importance des relations avec les parents, les auteurs du modèle soulignent l'influence cruciale que l'approbation par les pairs peut avoir sur l'estime de soi, l'humeur et l'image corporelle à l'adolescence (Harter & Leahy, 2001). Il a d'ailleurs été démontré que,

comparativement aux relations avec les parents, la perception de la qualité des relations avec le groupe de pairs est plus fortement associée à la perception que le jeune a de son image corporelle (O'Koon, 1997). Ainsi, selon le modèle IP-TCA, les jeunes qui éprouvent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles, particulièrement avec le groupe de pairs, seraient donc plus à risque d'avoir une faible estime d'eux-mêmes et d'éprouver des émotions négatives (Rieger et al., 2010). En retour, cela favoriserait le recours à des comportements visant le contrôle de l'alimentation et du poids car, à l'adolescence, l'approbation par les pairs est souvent perçue comme étant basée sur l'apparence physique (Rieger et al., 2010).

En résumé, le modèle IP-TCA met donc en évidence la contribution centrale de la perception des difficultés interpersonnelles dans l'apparition et le maintien des symptômes de TCA, et ce par le biais de leur interaction avec des facteurs individuels, c'est-à-dire l'estime de soi et les émotions négatives (Rieger et al., 2010). Bien que les hypothèses formulées dans le modèle bénéficient d'un soutien préliminaire dans la littérature, plusieurs aspects se rapportant aux liens entre les relations interpersonnelles et les TCA restent à être précisés et évalués empiriquement (Rieger et al., 2010). Dans les prochaines sections, les variables incluses dans le modèle IP-TCA seront abordées séparément afin de dresser un portrait détaillé des liens empiriques qui existent entre la qualité des relations interpersonnelles, l'estime de soi, l'humeur négative et l'intensité des symptômes de TCA.

1.3. Qualité des relations interpersonnelles et TCA à l'adolescence

De manière générale, les relations interpersonnelles peuvent être définies comme étant les rapports et les échanges qui se caractérisent par un certain niveau de réciprocité,

d'interdépendance et d'intimité entre des individus (Claes, 2003). Plusieurs éléments associés à ces rapports peuvent être évalués au niveau clinique et en recherche, incluant le nombre de relations significatives, les compétences relationnelles des individus impliqués et la qualité des interactions (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983; Spitzberg & Cupach, 2012). La présente thèse se concentre sur ce dernier aspect en s'intéressant à la perception que les adolescents ont de la qualité de leurs interactions interpersonnelles. Plus spécifiquement, la qualité des relations interpersonnelles englobe les aspects positifs et négatifs qui caractérisent les rapports entre un individu et les personnes significatives de son entourage (Lerner, Lamb, & Freund, 2010). D'une part, les aspects positifs réfèrent aux éléments tels que la communication, la confiance, le support perçu et la satisfaction générale par rapport à la relation, tandis que les aspects négatifs regroupent plutôt les conflits, le sentiment d'aliénation (c.-à-d., détachement, ressentiment, isolement) et le rejet (Lerner et al., 2010). Lorsqu'ils sont considérés dans leur ensemble, ces différents éléments reflètent la qualité globale des relations interpersonnelles telles que perçues par l'individu. Dans la présente thèse, les termes « difficultés interpersonnelles » et « problèmes relationnels » font ainsi référence à une « faible qualité des relations interpersonnelles » et seront utilisés de manière interchangeable.

D'autre part, un individu entretient généralement des relations significatives avec plus d'une personne ou groupe et la qualité de ses interactions interpersonnelles peut donc être variable en fonction de la catégorie qui est considérée (p.ex., relations parent-enfant, relations amoureuses, relations avec la fratrie, relations avec la famille élargie, relations d'amitié, etc.) (Jackson-Dwyer, 2013). À l'adolescence, les deux principaux types de relations qui exercent une influence sur l'ajustement des jeunes sont celles avec les parents et celles avec le groupe

de pairs (Berndt & Hestenes, 1996; Collins & Laursen, 2004). Ces deux catégories de relations n'exercent pas nécessairement les mêmes fonctions et leur qualité tout comme leur impact sont susceptibles de différer en fonction des domaines du fonctionnement qui sont considérés (p.ex., image corporelle, estime de soi, humeur) (Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000; O'Koon, 1997). En ce sens, la pertinence d'examiner la qualité des relations avec les parents et avec les pairs séparément a été soulignée dans plusieurs études, dont certaines portant spécifiquement sur les TCA (Arcelus et al., 2013; Cunha, Relvas, & Soares, 2009).

1.3.1. Qualité des relations avec les parents et TCA

Les relations avec la famille, et plus spécifiquement avec les parents, sont considérées depuis longtemps comme étant importantes dans la compréhension et le traitement des TCA (Cook-Darzens, Doyen, & Mouren, 2008). Pour la grande majorité des enfants et des adolescents, les parents sont les principales sources de support émotionnel et les interactions avec ceux-ci influencent grandement le développement de l'identité, de l'estime de soi et des capacités de régulation émotionnelle, tous des domaines identifiés comme étant souvent problématiques chez les personnes souffrant d'un TCA (Bruch, 1979; de Groot & Rodin, 1994). Selon certains auteurs, les adolescents qui perçoivent leurs relations avec leurs parents comme étant négatives sont plus à risque d'avoir recours à des comportements visant le contrôle du poids et de l'alimentation comme stratégies d'individualisation et afin de réguler certaines de leurs émotions, ce qui en retour ne ferait qu'accentuer les difficultés relationnelles (Bruch, 1973; Rieger et al., 2010; Schmidt & Treasure, 2006). Autrement dit, plus l'adolescent atteint d'un TCA se sent déconnecté des personnes significatives de son entourage, plus il risque d'adopter des comportements alimentaires problématiques comme stratégies

adaptatives, ce qui favorise le maintien des difficultés au sein d'un cycle psychopathologique (Rieger et al., 2010).

En appui à ces hypothèses, plusieurs études comparatives ont démontré que la qualité des relations avec les parents permettait de différencier les personnes souffrant d'un TCA de celles qui ne présentent pas de TCA (Leonidas & dos Santos, 2014). Par exemple, les femmes ayant un TCA perçoivent des niveaux plus faibles d'empathie, de confiance, de communication et de support émotionnel dans leurs interactions avec leurs parents, comparativement à un groupe contrôle (Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990; Orzolek-Kronner, 2002). Elles se sentent également plus négligées et attaquées dans leurs relations avec leurs parents (Humphrey, 1986). D'autres auteurs ont toutefois nuancé ces résultats en examinant la qualité des relations avec la mère et avec le père séparément. En effet, il a été démontré que les personnes ayant un TCA rapportent des niveaux plus faibles de confiance dans leurs interactions avec leur mère, mais pas avec leur père, en comparaison avec un groupe contrôle (Cunha et al., 2009). Dans cette même étude, des niveaux plus élevés d'aliénation (c.-à-d., conflits, détachement, ressentiment) dans les relations avec la mère et avec le père ont été rapportés par les personnes présentant un TCA par rapport au groupe contrôle et aucune différence n'a été établie entre les groupes en ce qui a trait à la qualité de la communication avec les parents (Cunha et al., 2009). Les recherches comparatives tendent donc à soutenir le lien entre la qualité des relations parentales et les TCA, en plus de souligner la pertinence de considérer les interactions avec la mère et avec le père séparément. Cependant, ces études ne permettent pas de déterminer si la qualité des relations avec les parents est reliée à la sévérité des symptômes de TCA au sein même d'une population

clinique. Cette piste de recherche est particulièrement importante puisqu'une sévérité plus élevée des symptômes de TCA a été associée à une évolution moins favorable du trouble et à une moins bonne réponse au traitement (Vall & Wade, 2015). Ainsi, une meilleure compréhension des liens entre ces variables est susceptible d'aider à orienter la planification d'interventions adaptées à la réalité des personnes atteintes d'un TCA. Il apparaît donc pertinent d'identifier plus précisément les facteurs relationnels qui sont reliés à l'intensité des problèmes alimentaires.

À ce jour, des associations entre des relations parentales caractérisées par des problèmes de communication (Al Sabbah et al., 2009), des niveaux plus faibles de proximité (Swarr & Richards, 1996) et davantage de conflits (Hanna & Bond, 2006) et des conduites alimentaires pathologiques plus sévères ont été démontrées dans des études menées auprès d'échantillons non-cliniques. Toutefois, les écrits ayant examiné cette question auprès d'une population clinique sont plus rares et les résultats tendent à être variables. Par exemple, dans une étude menée auprès de femmes adultes et d'adolescentes ayant un diagnostic d'anorexie avec crises de boulimie, les résultats ont démontré que celles rapportant une relation de meilleure qualité avec leur mère présentaient des niveaux moins élevés de symptômes reliés à la recherche de minceur et à la boulimie (Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fridman-Balaban, Gur, & Stein, 2010). La qualité de la relation avec le père a quant à elle été associée négativement à la recherche de minceur, mais pas aux symptômes boulimiques (Rothschild-Yakar et al., 2010). D'autres auteurs se sont intéressés exclusivement à la qualité de la relation avec le père. Ils ont trouvé que les femmes adultes souffrant d'un TCA (c.-à-d., anorexie, boulimie, hyperphagie) qui perçoivent les interactions avec leur père comme étant plus

négligées présentent des niveaux plus élevés de dépression, de préoccupations alimentaires, de symptômes de restriction ainsi qu'une image corporelle plus négative (Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery, & Zalsman, 2015). Dans une autre recherche menée auprès de femmes adultes, le niveau perçu de mutualité et d'engagement dans la relation avec le père, mais pas avec la mère, a été associé négativement à la sévérité des symptômes de boulimie (Tantillo & Sanftner, 2003). À l'opposé, dans une étude réalisée auprès d'adolescentes et de femmes souffrant d'un TCA (c.-à-d., anorexie, boulimie, hyperphagie), le niveau perçu d'affection, de réconfort et de proximité dans la relation avec les parents ne permettait pas de prédire la sévérité des symptômes de TCA (Cella, Cipriano, Iannaccone, & Cotrufo, 2017). Il est à noter que ces auteurs ont examiné la qualité de la relation avec les deux parents globalement, plutôt qu'avec la mère et le père séparément, ce qui pourrait contribuer à expliquer les différences de résultats entre les études.

Dans l'ensemble, les études suggèrent donc que certains éléments positifs et négatifs se rapportant à la perception de la qualité des relations avec la mère et le père sont liés à la sévérité des symptômes de TCA. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a examiné cette question au sein d'échantillons cliniques d'adolescents aux prises avec ces problématiques. De plus, les études effectuées à ce jour se sont souvent limitées soit aux aspects positifs ou bien aux aspects négatifs des relations avec la mère et le père, sans examiner les différentes dimensions simultanément. Une meilleure compréhension des aspects relationnels spécifiques qui sont reliés à la sévérité des symptômes chez les jeunes souffrant d'un TCA est nécessaire afin de mieux saisir le rôle de chacun et d'adapter les interventions auprès de cette population en conséquence. Cette approche s'inscrit d'ailleurs dans la

perspective avancée par plusieurs auteurs qui ont souligné la pertinence de se détourner de l'exploration du rôle étiologique des relations familiales afin de s'intéresser davantage aux aspects relationnels pouvant être associés au devenir des TCA et à l'intensité des symptômes (Cook-Darzens, 2013; Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010).

1.3.2. Qualité des relations avec les amis et TCA

En plus des relations parentales, les interactions avec les pairs sont également centrales au développement et à l'ajustement à l'adolescence (Allen, Porter, McFarland, McElhaney, & Marsh, 2007; Andrews, Tildesley, Hops, & Li, 2002; Hymel, Rubin, Rowden, & LeMare, 1990; Miller-Johnson, Coie, Maumary-Gremaud, & Bierman, 2002). Selon la perspective développementale, le groupe de pairs est composé des individus avec lesquels l'adolescent entretient des relations d'amitié qui sont basées sur le partage de temps, de sentiments et d'intérêts (Dunphy, 1963). Ces interactions, lorsqu'elles sont positives, permettent à l'adolescent d'acquérir une certaine autonomie dans ses relations avec ses parents et contribuent grandement à la construction identitaire (Claes, 2003). Le groupe de pairs peut également être une source de support émotionnel face aux événements stressants de l'adolescence, incluant les enjeux d'image corporelle (Paxton, 1996). Tel que mentionné précédemment, l'approbation par les pairs est souvent perçue comme étant liée à l'apparence physique à cette période du développement (Lunde & Frisén, 2015). Ainsi, chez certains jeunes qui se sentent distants par rapport à leurs amis et qui entretiennent des relations négatives avec ceux-ci, les comportements visant le contrôle de l'alimentation et du poids pourraient être perçus comme des stratégies d'insertion et de validation auprès de leurs pairs (Bruch, 1979; Lunde & Frisén, 2015). En ce sens, il a été postulé qu'une perception plus négative des relations amicales pourrait contribuer à l'intensification des comportements

alimentaires problématiques, ce qui en retour favoriserait l'isolement social et le maintien du trouble par le fait même (Rieger et al., 2010).

Comparativement aux écrits portant sur les relations parents-enfants, les recherches empiriques qui ont examiné les différentes hypothèses théoriques se rapportant spécifiquement à la qualité des relations d'amitié des adolescents présentant un TCA sont peu nombreuses (Arcelus et al., 2013; Leonidas & dos Santos, 2014). D'une part, il a été démontré que les adolescentes présentant un diagnostic d'anorexie restrictive ont un nombre moins élevé d'amis et rapportent des niveaux de confiance plus faibles envers ces derniers, comparativement à un groupe contrôle (Quoibion, 2012). Dans cette même étude, les jeunes filles souffrant d'anorexie restrictive ou d'anorexie avec crises de boulimie ont rapporté des niveaux plus élevés d'aliénation et d'insécurité dans les relations avec les pairs que celles issues du groupe de comparaison (Quoibion, 2012). Ces résultats vont dans le sens de travaux menés par d'autres chercheurs auprès d'un échantillon clinique composé majoritairement d'adolescentes (Cunha et al., 2009). Il a été démontré que les participantes présentant un TCA perçoivent davantage de conflits et des niveaux moins élevés de confiance et de communication dans leurs relations avec leurs amis, comparativement aux jeunes filles du groupe contrôle. De plus, le sentiment d'aliénation envers le groupe de pairs a été identifié comme étant la principale variable permettant de différencier les adolescentes ayant un TCA de celles issues du groupe non-clinique (Cunha et al., 2009). Ce résultat est particulièrement intéressant considérant que cette étude est l'une des rares à avoir examiné à la fois les relations avec le groupe de pairs et avec les parents. Ainsi, de manière générale, les résultats des études comparatives suggèrent que les adolescents ayant un TCA perçoivent leurs relations avec leurs pairs comme étant de

moins bonne qualité que les jeunes sans ces problématiques. Ces travaux, bien que pertinents, ne permettent toutefois pas de déterminer si la qualité des relations amicales est associée à la sévérité des symptômes de TCA, une fois le trouble installé. Cette avenue de recherche permettrait potentiellement de mieux comprendre les facteurs relationnels associés au maintien des TCA à l'adolescence et d'en tenir compte dans l'élaboration et la mise en place d'interventions efficaces.

À notre connaissance, aucune étude n'a examiné cette question au sein d'un échantillon clinique d'adolescents. Les données provenant de travaux menés auprès d'échantillons non-cliniques soutiennent toutefois la pertinence d'explorer davantage les liens entre la qualité des relations avec les amis et l'intensité des symptômes de TCA. En effet, des niveaux plus élevés de support, d'approbation et d'intimité dans les relations avec les pairs ont été associés à des niveaux plus faibles de préoccupations à l'égard du poids chez des adolescentes sans TCA (Gerner & Wilson, 2005). Les variables relationnelles ne permettaient toutefois pas de prédire l'insatisfaction corporelle et la restriction alimentaire dans cette étude (Gerner & Wilson, 2005). D'autres auteurs ont démontré que les jeunes filles sans TCA qui perçoivent des niveaux plus élevés de conflits et d'aliénation dans leurs relations amicales rapportent plus de problèmes alimentaires et d'insatisfaction corporelle (Schutz & Paxton, 2007; Sharpe, Schober, Treasure, & Schmidt, 2014). À l'opposé, les aspects positifs des relations avec les amis (c.-à-d., confiance, communication) n'ont pas été associés aux attitudes et comportements problématiques à l'égard du poids et de l'alimentation dans ces études (Schutz & Paxton, 2007; Sharpe et al., 2014). Ces résultats vont dans le sens des écrits scientifiques plus généraux qui suggèrent que les aspects négatifs des relations ont davantage d'influence

sur l'ajustement des individus que les aspects positifs (Schuster, Kessler, & Aseltine, 1990). Il importe également de mentionner que certaines des associations rapportées entre la qualité des relations amicales et les problèmes alimentaires sont devenues non-significatives lorsque les symptômes de dépression ont été pris en compte (Schutz & Paxton, 2007; Sharpe et al., 2014). Ces résultats ont amené les auteurs à souligner la pertinence de tenir compte des facteurs potentiellement médiateurs lors de l'étude des relations interpersonnelles des individus aux prises avec des comportements alimentaires pathologiques (Sharpe et al., 2014). Dans l'ensemble, les études menées auprès d'échantillons non-cliniques d'adolescents tendent donc à soutenir la présence d'un lien entre la qualité des relations amicales, particulièrement les aspects négatifs de ces interactions, et la sévérité des symptômes associés aux problèmes alimentaires. Il n'est toutefois pas possible de généraliser ces résultats aux jeunes présentant un TCA d'intensité clinique, d'où l'importance de répliquer ces résultats auprès de cette population.

En somme, tel que démontré dans les sections précédentes, certains aspects des relations avec les parents et des relations avec les amis ont été associés à la sévérité des symptômes de TCA. La littérature portant sur cette question demeure toutefois limitée et les résultats obtenus auprès de femmes adultes ayant un diagnostic de TCA ou auprès d'échantillons communautaires (c.-à-d., adultes et adolescents) doivent être répliqués auprès d'adolescents présentant un diagnostic de TCA. De plus, au-delà de l'étude des liens entre la qualité des relations interpersonnelles et la sévérité des symptômes chez les adolescents présentant un TCA, des auteurs ont souligné l'importance d'approfondir la compréhension des mécanismes pouvant expliquer ces associations (Champion & Power, 2012). À cet égard, le

modèle IP-TCA présenté plus haut propose deux variables intermédiaires par le biais desquelles les problèmes interpersonnels peuvent être reliés aux TCA, soit l'estime de soi et l'humeur négative (Rieger et al., 2010). Un résumé de la littérature se rapportant aux associations suggérées entre ces deux variables, la qualité des relations familiales et sociales et la sévérité des symptômes de TCA est présenté dans les prochaines sections.

1.4. Estime de soi faible

Au niveau conceptuel, l'estime de soi est définie comme étant l'évaluation qu'un individu fait de lui-même et de sa valeur (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). Il s'agit du jugement que la personne porte sur elle-même dans un domaine en particulier (p.ex., réussite scolaire, apparence physique, habiletés sociales, etc.) ou de manière globale (Leary & MacDonald, 2003). Le désir d'avoir une perception positive de soi-même et de se sentir valorisé est considéré comme un besoin universel et fondamental par plusieurs auteurs (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1993; Leary, Tambor, Terdal, & Downs, 1995; Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991). Cette recherche de valorisation personnelle motive également les individus à mettre en place différentes stratégies afin de maintenir ou d'augmenter leur estime de soi (Baumeister, 1998). En lien avec cela, plusieurs théories ont été développées afin d'expliquer la construction et les fluctuations de l'estime de soi (Mruk, 2006). Parmi ces approches, la théorie du sociomètre postule que l'estime de soi est en quelque sorte un indicateur interne permettant à l'individu d'évaluer son degré d'acceptation sociale (Leary & Baumeister, 2000). Autrement dit, selon cette perspective évolutionniste, l'estime de soi serait essentiellement un reflet du niveau d'approbation par autrui : plus l'individu a l'impression d'être perçu positivement par les gens de son entourage, plus l'estime

de soi s'améliore et vice versa (Leary & Baumeister, 2000). Ainsi, l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même serait grandement influencée par la perception qu'elle a de ses relations avec les autres et par l'image que ceux-ci lui renvoient d'elle-même. D'ailleurs, le lien entre l'estime de soi et les relations interpersonnelles serait d'autant plus saillant à l'adolescence, où les jeunes accordent davantage d'importance aux regards que les autres portent sur eux (Harter, Waters, & Whitesell, 1998).

Dans la littérature portant sur les conduites alimentaires pathologiques, le modèle IP-TCA s'appuie en partie sur la théorie du sociomètre en proposant qu'une estime de soi faible explique, en partie, les associations entre les problèmes interpersonnels et les symptômes de TCA (Rieger et al., 2010). Spécifiquement, comme discuté précédemment, les relations interpersonnelles négatives mèneraient à une diminution de l'estime de soi, ce qui contribuerait en retour à une augmentation des comportements de contrôle du poids, dans le but de se sentir valorisé et accepté (Rieger et al., 2010). Malgré la pertinence de cette conceptualisation théorique, très peu de recherches ont examiné le modèle dans son ensemble (Ivanova, Tasca, Proulx, & Bissada, 2015; Raykos et al., 2017). Dans une étude menée auprès d'adultes sans diagnostic de TCA, des niveaux plus élevés de problèmes interpersonnels ont été associés à une estime de soi plus faible et, en retour, à une surévaluation du poids, mais pas aux comportements de restriction alimentaire (Lampard, Byrne, & McLean, 2011). À notre connaissance, il s'agit de la seule étude fournissant un soutien préliminaire pour la conceptualisation proposée dans le modèle IP-TCA. Les études empiriques examinant les associations entre la qualité des relations interpersonnelles, l'estime de soi et les symptômes de TCA simultanément au sein d'un échantillon clinique d'adolescents sont manquantes

(Macek & Jezek, 2007; Sadovnikova, 2016).

En comparaison, les recherches ayant démontré que l'estime de soi faible est reliée aux symptômes de TCA et à la qualité des relations interpersonnelles séparément sont plus nombreuses et soutiennent la pertinence d'approfondir le rôle potentiellement médiateur de cette caractéristique personnelle. En effet, d'une part, l'estime de soi faible figure parmi les facteurs psychologiques qui sont considérés comme étant centraux dans le développement et le maintien des conduites alimentaires pathologiques (Fairburn et al., 2003; Ghaderi & Scott, 2001; Stice, 2002) et il s'agit d'un critère clinique des TCA (American Psychiatric Association, 2000). Il a été démontré que les femmes souffrant d'anorexie ou de boulimie présentent une estime de soi plus faible que celles sans TCA (Peck & Lightsey Jr, 2008). Des corrélations significatives ont également été établies entre une estime de soi plus faible et des comportements alimentaires problématiques plus sévères chez des femmes adultes (Mintz & Betz, 1988; Peck & Lightsey Jr, 2008) et chez des adolescentes (Button, Sonuga-Barke, Davies, & Thompson, 1996). De plus, les études de suivis indiquent que l'estime de soi faible est associée à une évolution moins favorable du trouble et à des niveaux plus élevés de rechutes chez les patients présentant un diagnostic de TCA (Fairburn, Peveler, Jones, Hope, & Doll, 1993). D'autre part, l'estime de soi faible a également été associée à la qualité des relations interpersonnelles chez les personnes souffrant d'un TCA. Spécifiquement, une étude a démontré que des adolescentes ayant un diagnostic d'anorexie et qui rapportent des relations sociales plus négatives présentent également une estime d'elles-mêmes plus faible comparativement à un groupe contrôle (Iniewicz, 2004). De plus, d'autres auteurs ont démontré que l'estime de soi est positivement corrélée à une perception positive de sa relation

avec sa mère et avec son père chez des jeunes filles souffrant d'anorexie (Witkowska, 2013). Dans l'ensemble, bien que ces résultats ne soutiennent pas directement le modèle IP-TCA, ils suggèrent la pertinence d'examiner plus spécifiquement le rôle médiateur de l'estime de soi dans l'association entre les relations interpersonnelles et les symptômes de TCA.

1.5. Humeur négative

L'humeur négative (*negative mood*) fait référence à une dimension générale de détresse psychologique subjective (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Ce construit implique des états affectifs de qualité négative (c.-à-d., irritabilité, insatisfaction, nervosité) qui reflètent l'effet cumulatif des processus internes (p.ex., pensée) et des événements externes qui surviennent dans la vie d'un individu (Gray, Watson, Payne, & Cooper, 2001). Les humeurs peuvent perdurer dans le temps et ne pas nécessairement survenir en réaction à une situation précise (Ekkekakis, 2013; Watson & Clark, 1994). Lorsqu'il est question d'humeur, cela fait référence au portrait général de l'état affectif de l'individu (Watson et al., 1988). Il existe toutefois une certaine confusion dans la littérature empirique en lien avec l'usage interchangeable de différents construits faisant référence à cet état global de détresse psychologique. En effet, malgré des distinctions sur le plan théorique, l'humeur négative, les émotions négatives, les symptômes dépressifs et les affects négatifs sont souvent conceptualisés de manière similaire par les auteurs et mesurés à l'aide des mêmes instruments (Fredrickson & Cohn, 2008). Bien que cette position puisse être critiquée par certains auteurs, il a été suggéré que les distinctions entre les termes sont davantage significatives lorsqu'il est question d'étudier une émotion (p.ex., peur, colère, tristesse) ou un état affectif spécifique (p.ex., confiance, optimisme) (Fredrickson & Cohn, 2008), ce qui ne constitue pas un objectif

de la présente thèse. Ainsi, afin de simplifier le texte, les différents termes utilisés dans la littérature pour désigner le construit de « détresse psychologique subjective » sont regroupés sous les concepts d'humeur négative et d'émotions négatives dans le cadre de la recherche actuelle.

Le modèle IP-TCA, détaillé précédemment, attribue un rôle central à l'humeur négative dans le maintien des symptômes de TCA (Rieger et al., 2010). Selon cette approche, une perception négative des relations interpersonnelles peut mener à davantage de comportements visant le contrôle de l'alimentation et du poids en raison des émotions négatives qui peuvent être ressenties (Rieger et al., 2010). Les données empiriques tendent à soutenir les liens qui sont mis de l'avant dans le modèle. D'une part, l'humeur négative est reconnue comme étant un facteur de risque et de maintien des conduites alimentaires pathologiques (Engel et al., 2013; Stice, 2002). Des associations entre des niveaux élevés d'émotions négatives et la sévérité des symptômes de TCA ont été démontrées dans plusieurs études transversales (Bizeul, Brun, & Rigaud, 2003; McDermott, Forbes, Harris, McCormack, & Gibbon, 2006; Spindler & Milos, 2007) et longitudinales (Dobmeyer & Stein, 2003; McCabe & Ricciardelli, 2006; Stice, 2001), tant chez les adultes que chez les adolescents. Les études expérimentales menées auprès d'adultes aux prises avec un TCA indiquent également que l'induction d'émotions négatives mène à une augmentation des symptômes de TCA, incluant la restriction alimentaire (Wildes, Marcus, Bright, Dapelo, & Psychol, 2012), les épisodes de boulimie (Cattanach, Malley, & Rodin, 1988) et la perte de contrôle sur la prise alimentaire (Agras & Telch, 1998). Au niveau théorique, il a été suggéré que les comportements problématiques à l'égard de l'alimentation et du poids peuvent être perçus

comme des moyens pour réguler et atténuer les émotions négatives vécues par les personnes présentant un TCA, ce qui expliquerait les liens étroits entre ces variables (Rieger et al., 2010; Treasure & Schmidt, 2013). Les données empiriques tendent à corroborer cette hypothèse puisqu'il a été démontré que les niveaux d'humeur négative ont tendance à diminuer suite aux épisodes de restriction alimentaire et de comportements compensatoires (Engel et al., 2013).

Bien que le lien entre l'humeur négative et les TCA soit relativement bien établi, la pertinence d'identifier également les facteurs pouvant précipiter ces émotions négatives chez les personnes présentant des problèmes alimentaires a été soulignée par certains auteurs (Goldschmidt et al., 2014). Selon le modèle IP-TCA, les problèmes interpersonnels seraient une source particulièrement importante d'émotions négatives chez les individus aux prises avec un TCA (Rieger et al., 2010). La majorité des travaux qui ont examiné simultanément la qualité des relations interpersonnelles, l'humeur négative et les symptômes de TCA ont été menés auprès d'individus souffrant exclusivement d'hyperphagie (Ansell, Grilo, & White, 2012; Elliott et al., 2010; Ivanova, Tasca, Hammond, et al., 2015). À notre connaissance, une seule étude a démontré que les problèmes interpersonnels étaient associés à des niveaux plus élevés d'émotions négatives, ce qui en retour était relié à des symptômes de TCA plus sévères chez des femmes adultes souffrant d'anorexie et de boulimie (Ivanova, Tasca, Proulx, et al., 2015). Ces résultats doivent être répliqués auprès d'adolescents et le type de problèmes interpersonnels impliqués (c.-à-d., conflits importants, manque de communication, peu de confiance) doit être précisé afin de mieux comprendre les liens entre ces variables et éventuellement orienter les efforts de traitement de façon plus précise et efficace.

En somme, les données empiriques permettant de valider la conceptualisation théorique selon laquelle les relations interpersonnelles sont associées aux symptômes de TCA par le biais de leur impact sur l'estime de soi et l'humeur négative sont limitées et davantage de recherche est nécessaire pour clarifier ces associations. Par ailleurs, une autre limite importante des écrits ayant examiné les liens entre la qualité des interactions familiales et sociales et les problèmes alimentaires concerne leur nature transversale. En effet, l'utilisation d'un seul temps de mesure dans la majorité des études ne permet pas de déterminer la direction des effets obtenus. Bien qu'il demeure difficile d'effectuer des études longitudinales de cohortes qui permettraient d'identifier les facteurs interpersonnels précédant le développement des problèmes alimentaires, il est toutefois possible de tenter d'examiner l'évolution des associations entre la qualité des relations interpersonnelles et les symptômes de TCA une fois que le trouble est diagnostiqué. Cette avenue de recherche apparaît particulièrement pertinente pour favoriser une meilleure compréhension des facteurs de maintien associés aux TCA à l'adolescence, en plus d'aider à l'amélioration des interventions auprès de cette population. Dans la prochaine section, l'état des connaissances portant sur l'évolution des relations familiales et sociales en lien avec les TCA sera donc présenté.

1.6. Qualité des relations interpersonnelles et évolution des TCA

Plusieurs auteurs ayant examiné les associations entre la qualité des relations interpersonnelles et les symptômes de TCA au niveau transversal ont souligné la nécessité de clarifier la direction de ces liens à l'aide de devis longitudinaux (Arcelus et al., 2013; Rothschild-Yakar et al., 2010; Sharpe et al., 2014). En effet, bien qu'il soit généralement postulé que les relations interpersonnelles de plus faible qualité contribuent à la sévérité des

symptômes de TCA, la possibilité que les problèmes alimentaires plus sévères aient un impact négatif sur les interactions familiales et sociales ne peut être écartée. En ce sens, la plupart des conceptualisations théoriques, incluant le modèle IP-TCA, postulent des associations bidirectionnelles entre la qualité des relations interpersonnelles et les symptômes de TCA (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010; Treasure & Schmidt, 2013). Cependant, peu de recherches empiriques ont permis de vérifier ces hypothèses et les résultats obtenus à ce jour sont parfois contradictoires.

D'une part, au sein d'échantillons communautaires, il a été démontré que les jeunes filles qui rapportent des relations plus difficiles avec leurs parents à l'âge de douze ans présentent une image corporelle plus négative (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000) ainsi que davantage de comportements visant le contrôle du poids un an plus tard (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 1999). Dans cette dernière étude, le fait de présenter des comportements alimentaires problématiques plus sévères à l'âge de douze ans n'était toutefois pas associé à davantage de difficultés relationnelles à l'âge de treize ans (Archibald et al., 1999). En comparaison, dans une autre étude menée par le même groupe de chercheurs auprès d'adolescentes légèrement plus âgées ($M=14$ ans), les résultats inverses ont été observés. En effet, des niveaux plus élevés de comportements visant le contrôle du poids ont été associés à une plus faible qualité des relations parents-adolescents un an plus tard, mais non l'inverse (Archibald, Linver, Graber, & Brooks-Gunn, 2002). Plus récemment, d'autres auteurs ont toutefois été en mesure de démontrer des associations longitudinales et bidirectionnelles entre l'insatisfaction corporelle et la perception de la qualité des relations familiales (c.-à-d., proximité, cohésion, intimité) chez des adolescentes âgées entre 10 et 15 ans et sans diagnostic

de TCA (Crespo, Kielpikowski, Jose, & Pryor, 2010). Dans l'ensemble, ces études illustrent bien la complexité des associations entre la qualité des relations interpersonnelles et la sévérité des problèmes alimentaires et soutiennent la pertinence de clarifier ces liens au sein d'un échantillon d'adolescents présentant un diagnostic de TCA.

À cet égard, les études longitudinales portant sur des échantillons cliniques sont beaucoup plus limitées et ont principalement été menées auprès d'adultes ayant un TCA. D'une part, il a été démontré que des niveaux plus élevés de problèmes interpersonnels en début de traitement mènent à une prise de poids moins importante chez les adultes souffrant d'anorexie et à des symptômes plus sévères chez les personnes souffrant de boulimie, à la fin du traitement (Hartmann et al., 2010). Les résultats d'une revue systématique de la littérature ont également indiqué que des niveaux initiaux de problèmes interpersonnels plus élevés sont associés à une évolution moins favorable des symptômes de TCA au cours du traitement (Jones, Lindekilde, Lübeck, & Clausen, 2015). Afin de clarifier davantage les associations longitudinales entre les relations interpersonnelles et les problèmes alimentaires, d'autres auteurs ont examiné plus spécifiquement les liens entre les changements au niveau de la qualité des interactions familiales et sociales et les symptômes de TCA. Dans l'une des rares études menées auprès d'adolescents ayant un diagnostic de TCA, il a été démontré que l'amélioration de la communication et l'augmentation de la proximité perçue dans les relations avec les parents étaient associées au rétablissement d'un TCA sur une période de trente-six mois (Nilsson, Engström, & Hägglöf, 2012). Bien que limités, ces résultats suggèrent la pertinence de considérer l'évolution des relations interpersonnelles (c.-à-d., amélioration ou détérioration) au fil du temps, en plus de leur qualité initiale, afin de mieux comprendre les

associations avec la sévérité des symptômes de TCA et de potentiellement identifier des leviers d'intervention.

Dans l'ensemble, les résultats des études longitudinales effectuées à ce jour tendent donc à soutenir l'idée selon laquelle la qualité des relations interpersonnelles peut influencer l'évolution des symptômes de TCA, et vice versa. Cependant, les conclusions demeurent parfois contradictoires et très peu de recherches ont examiné cette question auprès d'adolescents présentant un diagnostic de TCA. De plus, la majorité des études recensées ont évalué la qualité des relations interpersonnelles de manière globale (Hartmann et al., 2010; Jones et al., 2015) ou bien ont mis l'accent sur les interactions avec les parents (Archibald et al., 1999; Archibald et al., 2002; Nilsson et al., 2012). Le fait de ne pas examiner séparément les différents types de relations qui sont centrales à l'adolescence peut contribuer à expliquer, en partie, les résultats mixtes obtenus dans les écrits précédents. En effet, au niveau transversal, il a été démontré que la qualité des relations avec la mère, avec le père et avec le groupe d'amis sont associées de manière distincte aux symptômes de TCA chez les adolescents aux prises avec ces problématiques (Cunha et al., 2009), d'où la pertinence d'examiner séparément ces différents types de relations au niveau longitudinal. En ce sens, malgré la reconnaissance de l'importance d'inclure les parents (Lock & Le Grange, 2005) et parfois même le groupe d'amis (Pauzé et al., 2008) dans le traitement des TCA à l'adolescence, la façon dont les interactions familiales et sociales influencent et sont influencées par l'évolution des symptômes restent à clarifier.

Par ailleurs, d'autres auteurs ont souligné la nécessité de déterminer si la qualité des relations familiales et sociales pourrait être reliée non seulement à la sévérité des comportements et attitudes spécifiques aux TCA (c.-à-d., préoccupations à l'égard du poids et de l'alimentation), mais également à l'évolution d'autres symptômes liés à des troubles psychopathologiques souvent présents de manière concomitante chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire (Harney, Fitzsimmons-Craft, Maldonado, & Bardone-Cone, 2014). Spécifiquement, il a été suggéré que l'amélioration des relations interpersonnelles (c.-à-d., meilleur support social) pourrait influencer l'amélioration de l'humeur dépressive chez les personnes souffrant d'un TCA, et ainsi potentiellement aider au rétablissement des symptômes spécifiques au trouble alimentaire (Harney et al., 2014). Cette hypothèse est cohérente avec certaines conceptualisations théoriques, incluant le modèle IP-TCA, qui postulent des associations indirectes entre les relations interpersonnelles et les symptômes de TCA, via l'humeur négative (Rieger et al., 2010; Schmidt & Treasure, 2006). Une des étapes cruciales pour valider cette notion est d'abord de déterminer de quelle manière la qualité des relations avec la mère, le père et les amis est associée à l'humeur négative de manière longitudinale. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné cette question au sein d'un échantillon d'adolescents ayant un TCA, bien que plusieurs études transversales soutiennent la présence d'un lien entre l'humeur négative et les relations interpersonnelles (Armsden & Greenberg, 1987; Ivanova, Tasca, Proulx, et al., 2015; La Greca & Harrison, 2005), tel que démontré dans les sections précédentes.

1.7. Limites des études précédentes

Les sections précédentes ont permis d'établir que la qualité des relations familiales et

sociales est importante dans le développement et le maintien des TCA. Certains mécanismes pouvant potentiellement expliquer ces associations ont également été identifiés dans la littérature théorique et empirique portant sur les TCA. Les recherches antérieures comportent toutefois certaines limites importantes.

Tout d'abord, peu d'études empiriques ont examiné simultanément les relations avec les parents et les relations avec les amis d'adolescents présentant un TCA. Les auteurs se sont généralement concentrés sur un seul type de relations (c.-à-d., avec les parents ou avec les amis) ou bien ont examiné la qualité des relations interpersonnelles de manière globale, sans distinguer les interactions avec la mère, le père et avec les amis (Arcelus et al., 2013; Leonidas & dos Santos, 2014). L'influence relative de ces différents systèmes de soutien, centraux à l'adolescence, sur la sévérité des symptômes de TCA est donc méconnue. La nécessité de s'intéresser davantage à la contribution des relations avec les pairs dans l'apparition et le maintien des conduites alimentaires pathologiques à l'adolescence a d'ailleurs été soulignée par certains auteurs (Leonidas & dos Santos, 2014). Il en va de même pour la qualité des relations avec le père, qui a fait l'objet de peu d'études, comparativement aux interactions avec la mère, dans la littérature sur les TCA (Leonidas & dos Santos, 2014).

Par ailleurs, la majorité des études recensées ont été réalisées auprès d'échantillons de femmes adultes ou d'adolescents sans diagnostic de TCA. Or, le contexte relationnel dans lequel les adolescents présentant un TCA évoluent diffère considérablement de celui des adultes atteints ou non d'un TCA (Laursen & Collins, 2011). Les défis développementaux propres à cette période doivent être pris en compte dans l'évaluation et le traitement des TCA,

d'où l'importance de s'y intéresser spécifiquement (Adolescent Medicine Committee, 1998). De plus, les données recueillies auprès d'adolescents sans TCA ne peuvent être généralisées aux adolescents présentant un diagnostic d'anorexie, de boulimie ou de troubles non-spécifiés puisque des différences importantes existent entre les groupes au niveau du fonctionnement psychologique et social (Peck & Lightsey, 2008; Rutzstein, Scappatura, & Murawski, 2014). Bien que les études menées auprès de jeunes présentant des comportements alimentaires à risque soient pertinentes pour la mise en place de programmes de prévention efficaces, les problèmes relationnels qui affectent les adolescents qui présentent un diagnostic de TCA sont susceptibles d'être différents. Dans le même ordre d'idée, une autre limite importante des études précédentes concerne le fait que très peu de recherches ont examiné spécifiquement le lien entre la qualité des relations et la sévérité des symptômes de TCA. Il est pourtant reconnu que l'intensité des symptômes de TCA peut être très variable d'une personne à l'autre et influencer la modalité d'intervention choisie (p.ex., hospitalisation, suivi externe, types de thérapie) ainsi que le pronostic (Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2006; Huas et al., 2011; Le Grange et al., 2014). Une identification des facteurs associés à la sévérité des TCA est donc pertinente, car elle pourrait avoir des implications cliniques importantes.

La recension des écrits a également permis d'identifier un domaine de recherche qui a été très peu exploré à ce jour, soit l'identification des mécanismes permettant d'expliquer les associations entre la qualité des relations interpersonnelles et les symptômes de TCA. Malgré le recours de plus en plus fréquent à des interventions axées sur les relations familiales et sociales dans le traitement des TCA et la reconnaissance de leur efficacité dans la littérature empirique (Lock & Le Grange, 2005; Pauzé et al., 2008), le cadre théorique sur lequel

s'appuient plusieurs de ces approches n'est pas toujours établi et validé. Le modèle IP-TCA, qui sous-tend la thérapie interpersonnelle adaptée aux TCA, propose que les relations interpersonnelles de faible qualité influencent les symptômes de troubles alimentaires via leur impact sur l'estime de soi et l'humeur des personnes aux prises avec ces problématiques (Rieger et al., 2010). Cette conceptualisation bénéficie d'un soutien préliminaire dans la littérature (Ivanova, Tasca, Proulx, et al., 2015; Lampard et al., 2011), mais l'ensemble du modèle n'a jamais été évalué au sein d'un échantillon clinique d'adolescents souffrant d'un TCA.

Finalement, une autre limite majeure de la littérature sur les relations familiales et sociales des adolescents atteints d'un TCA concerne la nature transversale de la majorité des études sur le sujet. Sur la base des résultats ainsi obtenus, il n'est pas possible d'établir la direction du lien entre la qualité des relations interpersonnelles et l'évolution du TCA. Les auteurs ont parfois tendance à conclure hâtivement que ce sont les difficultés relationnelles qui causent les TCA, même s'il est possible que ce soit plutôt le trouble alimentaire qui occasionne les problèmes interpersonnels chez les adolescents ou encore que ces associations soient réciproques. À ce jour, seulement un nombre restreint d'études s'est intéressé au lien entre la qualité des relations interpersonnelles et l'évolution des symptômes de TCA dans le temps et les résultats demeurent contradictoires. De plus, aucun des travaux recensés n'a examiné les relations avec la mère, le père et les amis de manière séparée afin de mieux comprendre leur contribution respective à l'évolution de la sévérité des symptômes de TCA. Enfin, bien que certains auteurs aient souligné la pertinence de tenir compte de l'impact que les relations familiales et sociales peuvent avoir sur les symptômes comorbides aux TCA, tels

que l'humeur dépressive, aucune étude longitudinale n'a examiné les liens entre ces variables.

1.8. Objectif de la thèse et description des études

L'objectif général de la présente thèse est d'approfondir les connaissances et la compréhension des liens entre la qualité de différentes relations interpersonnelles et l'intensité des symptômes de TCA chez un groupe d'adolescents recevant des services spécialisés pour ces problématiques. Afin de pallier à certaines limites des études antérieures sur le sujet, des caractéristiques personnelles (c.-à-d., estime de soi et humeur négative) sont également considérées pour expliquer plus spécifiquement les liens entre les relations interpersonnelles et les TCA et un devis longitudinal est utilisé pour examiner l'évolution des différentes variables. Afin de répondre à ces objectifs, deux études ont été réalisées et sont présentées sous forme d'articles dans la présente thèse.

La première étude comporte deux objectifs principaux. Tout d'abord, elle vise à déterminer si les niveaux perçus de confiance, de communication et d'aliénation dans les relations avec la mère, le père et les amis permettent de prédire la sévérité des symptômes de TCA chez des adolescentes présentant un diagnostic d'anorexie. Ensuite, un second objectif de cette étude est d'examiner les effets médiateurs de deux variables personnelles qui sont centrales dans le modèle de maintien IP-TCA, soit l'estime de soi et l'humeur négative, dans les associations entre la qualité des relations avec la mère, le père et les amis et les symptômes de TCA. La première hypothèse avancée est que les adolescentes qui rapportent des relations interpersonnelles de plus faible qualité (c.-à-d., moins de communication, moins de confiance et plus d'aliénation) avec leur mère, leur père et leurs amis présenteront également des

symptômes de TCA d'intensité plus élevée. La seconde hypothèse est qu'une estime de soi faible et des niveaux plus élevés d'humeur négative auront un effet médiateur dans ces associations. Cet article qui s'intitule « *Adolescents' Perceptions of the Quality of Interpersonal Relationships and Eating Disorder Symptom Severity: The Mediating Role of Low Self-Esteem and Negative Mood* » a été publié dans la revue *Eating Disorders: Prevention and Treatment* en date du 23 avril 2018. Cette étude constitue le Chapitre 2 de la présente thèse.

La deuxième étude s'inscrit dans la continuité du premier article, mais s'appuie sur un devis longitudinal et porte sur un échantillon d'adolescents présentant différents types de TCA (c.-à-d., anorexie, boulimie, TCANS). Le premier objectif de cette étude est d'examiner les liens entre les niveaux perçus de communication, de confiance et d'aliénation dans les relations interpersonnelles avec la mère, le père et les amis à l'arrivée dans les services et l'intensité des symptômes de TCA ainsi que les niveaux d'humeur négative quinze mois plus tard auprès de jeunes suivis dans un programme spécialisé. Ces associations seront également examinées dans le sens inverse afin d'identifier les effets réciproques potentiels entre les variables. Enfin, un second objectif de cette étude consiste à déterminer si l'amélioration des aspects positifs et négatifs des relations avec la mère, le père et les amis est associée à la sévérité de la symptomatologie (c.-à-d., symptômes spécifiques aux TCA et humeur négative) quinze mois plus tard. Il est anticipé que les adolescents qui rapportent des niveaux plus élevés de communication, de confiance et d'aliénation dans les différents types de relations à l'arrivée dans les services présenteront des symptômes de TCA plus faibles ainsi que des niveaux d'humeur négative plus faibles quinze mois plus tard. Il est également postulé qu'une

plus grande amélioration de la qualité des différentes relations interpersonnelles (aspects positifs et négatifs) entre les deux temps de mesure sera associée à des symptômes moins sévères de TCA et à des niveaux plus faibles d'humeur négative après quinze mois. Cet article s'intitule « *Longitudinal Associations Between the Quality of Relationships with Parents and Peers, Eating Disorder Symptom Severity and Negative Mood in a Clinical Sample of Adolescents* » et a été soumis pour publication à la revue *Journal of Social and Personal Relationships*. Cette seconde étude constitue le Chapitre 3 de la présente thèse.

Chapitre 2: Premier article

Adolescents' Perceptions of the Quality of Interpersonal Relationships And Eating Disorder Symptom Severity: The Mediating Role of Low Self- Esteem and Negative Mood

Jade Pelletier Brochu (B.A.)^{a*}, Dominique Meilleur (Ph.D.)^{a*}, Giuseppina DiMeglio (M.D., MPH)^b, Danielle Taddeo (M.D.)^c, , Eric Lavoie (M.D.)^d, Julius Erdstein (M.D., C.M.)^b, Robert Pauzé (Ph.D.)^e, Caroline Pesant (M.D.)^d, Isabelle Thibault (Ph.D.)^e, Jean-Yves Frappier (M.D.)^e

- a. Department of Psychology, Adolescence and Eating Disorders Research Laboratory, Montreal University, Montreal, Quebec, Canada
- b. Division of Adolescent Medicine and Pediatric Gynecology, Montreal Children's Hospital, McGill University, Montreal, Quebec, Canada
- c. Division of Adolescent Medicine, Sainte-Justine University Hospital Center, Montreal, Quebec, Canada
- d. Sherbrooke University Hospital Center, Sherbrooke, Quebec, Canada
- e. Department of Psychoeducation, Sherbrooke University, Sherbrooke, Quebec, Canada

Abstract

Few studies have examined how the perceived quality of multiple interpersonal relationships is related to ED symptom severity in adolescents and how psychological variables may influence this association. The aim of this study is to determine whether the perceived levels of trust, communication and alienation in the relationships with mother, father and peers are predictive of ED severity in adolescent females and to test the mediating effects of low self-esteem and negative mood in these associations. Adolescent females aged 12 to 18 years old (N=186) with a diagnosis of AN-R or AN-B/P completed self-report measures evaluating the perceived quality of interpersonal relationships, ED symptom severity, low self-esteem and negative mood. Multiple regressions revealed that the levels of perceived alienation in the relationships with mother and peers were positively associated with ED symptom severity. Low self-esteem and negative mood act as mediators in these associations. Considering that high levels of perceived alienation in the relationships with mother and peers appear to be associated with more severe ED symptoms through their impact on self-esteem and mood, improvements of the quality of these interactions is likely to be an effective target of intervention in adolescents.

Introduction

Eating disorders (ED) are the third most common chronic illness among adolescent females (Rosen, 2003), with the peak ages of onset being 13 and 18 years old (Levine & Smolak, 2013). Problematic interpersonal relationships have been suggested as a core component contributing to the development and maintenance of ED pathology (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Rieger et al., 2010). Previous research on the association between difficulties in relationships and ED symptoms has generally had a limited scope, focusing on one particular type of relationship, namely parent-child interactions, and has mostly been conducted with adults (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013). Less is known about the potential influence of other types of relationships, such as peer relationships, on the symptoms of youth with an ED (Leonidas & dos Santos, 2014). Furthermore, recent theoretical models have suggested that the link between relationships of poor quality and ED symptoms may be mediated by personal factors pertaining to self-evaluation and self-regulation (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010). Empirical research testing these conceptualizations in clinical samples of adolescents is limited (Ivanova, Tasca, Proulx, & Bissada, 2015; Lampard, Byrne, & McLean, 2011). Hence, the present study aimed to examine the links between the perceived quality of relationships with one's mother, father, and peers and the severity of symptoms in a sample of adolescent females with ED and to test whether low self-esteem and negative mood mediate these associations.

The Quality of Relationships With One's Mother and Father and ED Symptoms

The parent-child relationship of individuals with ED has been the focus of much theoretical and empirical research (Leonidas & dos Santos, 2014). Both positive (e.g.

communication, trust, closeness) and negative (e.g. conflicts, detachment, blame) aspects of the quality of parental relationships have been shown to distinguish individuals with an ED from control groups (Humphrey, 1986; Latzer, Lavee, & Gal, 2009). For example, compared with non-ED subjects, women with an ED perceive lower levels of warmth, trust and communication and higher levels of alienation (detachment, resentment, isolation) in their relationships with their parents (Calam, Waller, Slade, & Newton, 1990; Orzolek-Kronner, 2002). In contrast, other authors found that communication and trust in the relationship with one's mother, as well as alienation in the relationship with both parents, distinguished ED participants from non-ED subjects, but no significant group differences emerged on measures of paternal communication and trust (Cunha, Relvas, & Soares, 2009). Existing comparative research thus highlights the importance of examining mother- and father-adolescent relationships separately and supports the notion that individuals with an ED experience low-quality relationships with their parents.

However, a related question that has received less attention is whether the perceived quality of interactions with one's mother and father is associated with the severity of symptoms in individuals with an eating disorder. This line of inquiry is particularly important for the planning of comprehensive interventions, especially considering that symptom severity has been identified as a predictor of outcomes and treatment response in ED (Vall & Wade, 2015) and that parents are increasingly involved in the treatment of these conditions (Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010). The quality of interactions with close others, mainly parents, may have a direct impact on symptom severity in individuals with an ED. Indeed, interactions that are perceived as being marked by conflicts, hostility, control or overprotection are

hypothesized to inadvertently reinforce pro-anorectic attitudes and behaviours, as the person with an ED entrenches his or herself further in the disorder as a way to avoid negative relationships (Schmidt & Treasure, 2006). To date, studies conducted with non-clinical samples have shown that parental relationships characterized by poor communication (Al Sabbah et al., 2009), lower levels of closeness (Swae & Richards, 1996) and higher levels of conflicts (Hanna & Bond, 2006) are associated with higher levels of eating pathology. Research examining these associations in clinical samples is more limited and shows variations when interactions with mothers and fathers are considered separately (Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery, & Zalsman, 2015; Rothschild-Yakar, Levy-Shiff, Fridman-Balaban, Gur, & Stein, 2010). More research is thus required to elucidate the nature of these associations in clinical samples of adolescents.

The Quality of Relationships With One's Peers and ED Symptoms

Whilst parents remain important relationships for the majority of youth, interactions with peers come to play a unique role in adolescents' adjustment and largely contribute to their self-concept and well-being (Nickerson & Nagle, 2005). Some authors have suggested that the quality of peer relationships may be more influential than parental interactions in domains that gain significance during this period, such as self-image (O'Koon, 1997). Despite these findings, the peer relationships of youth suffering from an ED have been somewhat neglected in the literature (Leonidas & dos Santos, 2014).

According to theoretical models, interpersonal difficulties with peers might directly contribute to ED symptom severity. For instance, it has been hypothesized that patients with an

ED who experience negative interactions with their friends might come to be more isolated from the normalizing influence of the peer group, which could lead to a greater endorsement of problematic eating attitudes and behaviours (Murphy, Straebler, Basden, Cooper, & Fairburn, 2012). Qualitative studies suggest that individuals with an ED generally report difficulties in establishing and maintaining positive friendships and tend to feel disconnected from their peers (Westwood, Lawrence, Fleming, & Tchanturia, 2016). However, few quantitative studies have explored the link between the quality of relationships with friends and ED symptoms. In non-ED adolescents, disordered eating symptoms have generally been associated with negative aspects of friendships (i.e. alienation and conflicts; French, Story, Downes, Resnick, & Blum, 1995; Schutz & Paxton, 2007), but not positive aspects (i.e. social support, intimacy; Gerner & Wilson, 2005; Schutz & Paxton, 2007). To our knowledge, no studies have examined the link between the quality of peer relationships and symptom severity in adolescents diagnosed with an ED.

Given the significance of friendships during adolescence, the quality of peer relationships in relation to ED symptom severity needs to be investigated in youth with these conditions, as this might be a significant aspect to consider in planning interventions aimed at this population. Moreover, further elucidation of how different relationships that are central during adolescence can contribute to the severity of an ED is necessary in order to clarify their role in the maintenance of these disorders and to identify potential underlying mechanisms to target in treatment (Gander, Sevecke, & Buchheim, 2015).

Psychological Factors: Low Self-Esteem and Negative Mood

More recently, researchers and theorists have argued for the importance of examining potential mediating factors that could explain the link between poor quality relationships and ED (Champion & Power, 2012; Rieger et al., 2010). The utility of identifying the mechanisms underlying this association is supported by the body of evidence demonstrating the efficacy of interventions focusing on interpersonal problems in the treatment of ED (Champion & Power, 2012). Of the factors that have been postulated as potential mediators, low self-esteem and negative mood appear particularly relevant for adolescents with an ED (Rieger et al., 2010).

Low self-esteem is considered one of the prominent psychological factors implicated in the onset and maintenance of ED pathology (Stice, 2002). According to some theoretical perspectives, self-esteem is essentially an internal monitor of the degree to which an individual is valued/accepted or devalued/rejected by others (Leary & Baumeister, 2000). In line with this notion, within the ED literature, it has been hypothesized that negative interpersonal relationships with significant others may lead to a diminished sense of self-esteem which, in turn, contributes to increased efforts to achieve in socially valued domains, such as weight and shape control, as a means to increase self-worth (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010). Such conceptualisations have received preliminary support in community samples of adults, where low self-esteem was shown to mediate the association between interpersonal problems and over-evaluation of weight and shape, but not dietary restraint (Lampard et al., 2011). Empirical research testing this model in clinical samples of adolescents is lacking (Macek & Jezek, 2007; Sadovnikova, 2016). In adolescent females with Anorexia Nervosa (AN), low self-esteem has been associated with poor social relationships (Iniewicz, 2004). On the other

hand, some authors have documented associations between low self-esteem and disordered eating symptom severity (Button, Sonuga-Barke, Davies, & Thompson, 1996; Wilksch & Wade, 2004). Patients with an ED also generally report lower self-esteem levels than normal controls (Ghaderi & Scott, 2001). Thus, the findings that low self-esteem is related to interpersonal difficulties and ED symptoms, as well as the theoretical models postulating a link between these variables, suggest that it might be useful to examine low self-esteem as a mediator of the association between poor quality relationships and ED symptom severity in adolescent patients.

Another psychological factor that has been proposed as a mediator in the association between interpersonal relationships and ED symptoms is negative mood (Rieger et al., 2010). Theoretically, it has been suggested that increased efforts at controlling weight and shape serve as a means to numb or avoid negative emotions that might result from low quality interpersonal relationships (Schmidt & Treasure, 2006; Slade, 1982). This model has been supported in adult women presenting different subtypes of ED, but no studies have validated this conceptualisation in clinical samples of adolescents with an ED (Ivanova et al., 2015). Although few studies have examined the quality of interpersonal relationships, negative mood and ED symptoms conjointly in adolescent, there is an important body of literature associating negative emotions to low quality interactions (Armsden & Greenberg, 1987; La Greca & Harrison, 2005) and to eating pathology separately (Espeset, Gulliksen, Nordbo, Skarderud, & Holte, 2012). Longitudinal studies have documented that higher levels of negative aspects of relationships with parents and peers, such as rejection and conflicts, are linked to greater levels of depressive symptoms in adolescents over time (Nolan, Flynn, & Garber, 2003; Stice, Ragan,

& Randall, 2004), although this association is likely bidirectional (Kochel, Ladd, & Rudolph, 2012). Experimental research conducted with clinical samples has also established that increases in negative mood lead to increases in self-report ED symptoms (Wildes, Marcus, Bright, & Dapelo, 2012). In addition, certain studies have failed to find significant associations between relationship quality and eating pathology after accounting for co-occurring depressive symptoms, which highlights the need to further examine the interconnections between these variables (Schutz & Paxton, 2007).

Current Study

The aim of the present study is to clarify the links among the quality of multiple interpersonal relationships, self-esteem, negative mood and ED symptoms in a clinical sample of adolescent females. Specifically, this study seeks to determine whether adolescents' perception of specific positive (trust, communication) and negative (alienation) aspects of their relationships with their mother, father and peers are associated of ED symptom severity at the time of diagnosis. A second objective is to test the mediating effects of low self-esteem and negative mood on these associations. Based on previous literature, it is hypothesized that adolescents' perception of lower relationship quality with their mother, father and peers will individually be associated with more severe ED symptoms. Given the paucity of research on the topic, no hypotheses were made regarding the respective contributions of specific positive and negative dimensions of one's interpersonal relationships on ED symptoms severity. Finally, it was anticipated that low self-esteem and negative mood would both act as mediators in the associations between perceived poor quality of the relationship with one's mother, father and peers and ED symptom severity.

Methods

Participants and Procedures

The sample is composed of 186 adolescent females who were recruited through specialized ED Programs for adolescents in three University Health Centers across the province of Quebec. Data were collected as part of a larger study examining personal, social and familial functioning in youth admitted to inpatient programs or receiving outpatient treatment for an ED. For the present study, adolescent females between the ages of 12 and 18 ($M = 15.36$ years, $SD = 1.38$) who met the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) criteria for the Restrictive (AN-R; $N=171$, 91.90%) or Binge/Purge subtypes of Anorexia Nervosa (AN-BP; $N=15$, 8.10%) were selected from the total sample. At the time of completion, subjects had received an AN diagnosis for a mean time of 2.99 months ($SD=7.23$).

The Research Ethics Committee of each of recruitment site approved the project and recruitment procedures were similar across Health Centers. As part of the treatment protocol in the three Health Centers, children and adolescents receiving a diagnosis of AN for the first time were asked to complete self-report questionnaires pertaining to their eating habits and their personal, social and familial functioning. Once the questionnaires were completed, participants were asked whether they agreed to have their data used in the context of a longitudinal research project and to be contacted one year later to complete further questionnaires. Informed parental consent and adolescent assent were obtained for those who accepted to join the study.

Measures

Demographics and Diagnostic Information. Socio-demographic information was given by the medical team from each recruitment site. Diagnoses were established by medical professionals trained and experienced in ED.

Eating Disorder Inventory (EDI-3). ED symptomatology was assessed using the EDI-3 (Garner, 2004), a widely used self-report questionnaire that measures ED symptoms (three scales) and psychological traits (nine scales) relevant to AN, Bulimia Nervosa (BN) and Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). The EDI-3 consists of ninety-one items that are scored using a 6-point Likert scale. After reverse-scoring the negatively keyed items, total raw scores for each scale are obtained by adding the relevant items and are then transformed into *T* scores (Garner, 2004). Six second-order composites can be generated from the scales. In the present study, the Eating Disorder Risk Composite (EDRC), which is comprised of the summed *T* scores on the Drive for Thinness (DT), Bulimia Nervosa (BN) and Body Dissatisfaction (BD) scales, was used as an index of ED symptom severity. EDRC scores were adjusted for age and diagnosis subtype (Garner, 2004). The Low Self-Esteem (LSE) subscale was also used to evaluate participants' level of self-worth. The Cronbach alphas for the various scales were between .85 and .92.

Inventory of Attachment to Parents and Peers (IPPA). The perceived quality of one's relationship with parents and peers was measured using the IPPA (Armsden & Greenberg, 1987, 1989). This self-report questionnaire assesses adolescents' perceptions of positive and negative affective/cognitive dimensions of their relationships. The revised version

of the IPPA used in the present study is comprised of 28 items in each parent section (i.e., mother and father) and 25 items in the peer section (Armsden & Greenberg, 1989). Items are rated on a five point Likert scale. For each section, two positive (Trust and Communication) and one negative (Alienation) dimensions of relationship quality are assessed: trust items assess the degree of mutual understanding and respect, communication items assess the extent of spoken communication, and alienation items tap into feelings of detachment, isolation and resentment. In the present study, total scores were calculated for each of the subscales (Trust, Communication, Alienation) in the three sections of the inventory (Mother, Father, Peers), after reverse-scoring the negatively worded items. The IPPA has been successfully used in several studies and has good psychometric properties (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990). The Cronbach alphas of the subscales ranged between .79 and .94 in the present study.

Beck Depression Inventory (BDI-II). Negative mood (i.e., depressive symptoms) was assessed using the BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996), a self-report questionnaire consisting of 21 groups of 4 statements. For each group of statements, respondents are asked to select the one that best applies to their situation over the past two weeks. Statements correspond to a severity rating from 0 (minimal) to 3 (severe). Responses to each statement are then summed up and a total score indicating the levels of depressive symptoms is obtained. The BDI-II is commonly used to measure negative mood in adolescents and has been shown to have excellent psychometric properties (Beck et al., 1996). Research has also shown that it is a valid measure of negative mood in patients with an ED (Pulos, 1996). The Cronbach's alpha for this measure was .93.

Results

Correlations Analyses and Multiple Regressions

Before testing the study's hypotheses, zero-order correlations were calculated and are reported in **Table 1**. Correlations among all variables were significant at the .01 level. In order to meet the first objective of the study, multiple regressions were conducted using EDRC score as the dependent variable and each of the subscales of the IPPA as predictors. Prior to the analyses, the relevant assumptions of multiple regressions were tested and all were satisfied. As shown in **Table 2**, the overall model including all relationship quality measures explained a significant amount of the variance in ED symptom severity ($F(9, 158) = 9.57, p < .01, R^2 = .37$). An examination of the beta weights for each individual predictor indicated that only perceived alienation in the relationships with one's mother ($\beta = .32, p < .05$) and peers ($\beta = .27, p < .01$) made a significant contribution to ED symptom severity. Specifically, higher scores on the mother and peer alienation subscales separately predicted higher levels of ED symptom intensity, when all the other variables were included. As the only significant predictors of the severity of ED pathology were perceived mother and peer alienation, after accounting for all other independent variables, only these two variables were retained as separate predictors in subsequent mediation analyses.

Mediation Analyses

In order to simultaneously assess the effects of low self-esteem and negative mood on the links between perceived maternal/peer alienation and ED symptom severity, two separate mediation models, each including one of the predictors and the two proposed mediators, were examined. The mediation effects were analysed using PROCESS in SPSS. Bootstrapping

sampling procedures were applied, as recommended by Preacher and Hayes (2008). In the current study, 1000 replications were used and 95% confidence intervals were considered significant if they do not encapsulate zero. Finally, to facilitate the interpretations of the results, all variables were standardized before being included in the mediation analyses.

Results for each of the two mediation analyses are presented graphically in **Figure 1** and **Figure 2**. Low self-esteem ($b=.21$, BCa CI [0.14, 0.31]) and negative mood ($b=.14$, BCa CI [0.06, 0.23]) partially mediated the association between alienation in the relationship with one's mother and ED symptom severity. The effect of perceived alienation from one's mother on ED symptom severity, although small, remained significant in the global mediation model ($b=.13$, $p<.05$), which accounted for 53.25% of the variance in symptom severity. There was also a significant indirect effect of perceived alienation in peer relationships on ED symptom severity through low self-esteem ($b=.27$, BCa CI [0.18, 0.38]) and negative mood ($b=.19$, BCa CI [0.09, 0.32]). The effect of perceived alienation from one's peers on ED symptom severity was not significant when the mediating variables were accounted for ($b=.04$, $p=.59$). The global model with peer alienation as the independent variable accounted for 51.30% of the variance in symptom severity.

Discussion

The present study revealed that levels of perceived alienation, but not communication and trust, in the relationship with one's mother and peers were positively associated with ED symptom severity in a sample of adolescents with AN. In contrast, neither the positive nor the negative aspects of the relationship with one's father were significantly associated with the severity of ED pathology. In addition, it was found that low self-esteem and negative affect act

as mediators in the association between the severity of ED symptoms and the level of perceived alienation in the relationship with both one's mother and peers.

The current findings add to the body of literature suggesting a link between perceived a low quality maternal relationship and the presence of ED symptoms (Hanna & Bond, 2006; Rothschild-Yakar et al., 2010). More precisely, adolescents with an ED who perceive more detachment and resentment in the interactions with their mother also endorsed more severe ED pathology, even after accounting for the quality of relationships with their father and peers. This is consistent with past findings of significant positive associations between ED symptom severity and both a lack of closeness (Swarr & Richards, 1996) and higher conflicts (Hanna & Bond, 2006) in the adolescent-mother relationship. These results are interesting to interpret in light of recent evidence showing that mothers of adolescents with an ED, who are usually the primary caregivers, often adopt emotionally driven behaviours (e.g. criticisms, overinvolvement, control) as a result of the burden and high levels of distress that they experience (Rhind et al., 2016). It is possible that such attitudes and behaviours contribute to the feelings of alienation experienced by adolescents in the context of the relationship with their mother, which in turn exacerbate ED symptoms (Fairburn et al., 2003; Schmidt & Treasure, 2006). On the other hand, the design of the present study does not allow causal interpretations and the association is most likely bidirectional. Indeed, ED symptom severity may influence how close others react to the individual with the diagnosis, and thus the perceived quality of interpersonal relationships (Schmidt & Treasure, 2006).

Contrary to our expectations, positive and negative aspects of the relationship with one's father were not significantly associated with ED symptom severity, when mother and peer relationships variables were considered. Associations between the negative attributes of father-child relationships and ED severity have been documented in previous research (Horesh et al., 2015), although studies controlling for other types of relationships have offered mixed findings (Rothschild-Yakar et al., 2010). Several hypotheses can be advanced to explain the results reported in the current study. First, the sample was composed exclusively of females. It is possible that the quality of the relationship with the same-sex parent is more influential during the adolescent period, a finding that is supported in the developmental literature (Paterson, Field, & Pryor, 1994). In addition, the quality of the relationship with one's father might not be associated with ED severity, but with other factors that could potentially contribute to the maintenance of an ED. For instance, in one study, the quality of the paternal relationship, but not of the maternal relationship, was predictive of motivation to recover in individuals exhibiting ED characteristics (Warshawsky & Handelzalts, 2014). Thus, from a clinical perspective, the results of the present study suggest that, at the beginning of treatment, youth with an ED might benefit from interventions focusing on improving the relationships with their mother and peers, as this might be associated with reduced symptom severity. As treatment progresses, the quality of the paternal relationship might become an important target of intervention in order to help enhance aspects likely to facilitate the recovery process, such as motivation. The cross-sectional design of the current study only allows for speculations regarding temporal effects and further longitudinal research is needed to clarify the contribution of the father-child relationship to ED symptom severity. Nonetheless, the results underscore the importance of examining different types of relationships separately, as they may

not contribute equally to ED symptom severity in adolescents.

It is noteworthy that perceived alienation in peer interactions was a significant predictor of ED symptom severity in the present study, even when the quality of parental relationships was considered. The present investigation provides further support for the association between negative aspects of peer interactions and the intensity of ED symptoms documented in other research (Schutz & Paxton, 2007) and underscores the importance of considering relationships outside of the family in the evaluation and treatment of adolescents with an ED. As suggested by some authors, patients with an ED who experience conflicts and alienation in their relationships with friends may come to be more isolated, which might lead to a greater endorsement of problematic eating attitudes and behaviours (Murphy et al., 2012). On the other hand, past research has also suggested that increasingly rigid eating attitudes and behaviours may interfere with girls' capacity to sustain positive friendships (Schutz & Paxton, 2007) and exacerbate social isolation (Shelley, 1997). Given the cross-sectional design of the study, it is not possible to draw conclusions regarding the direction of the effect and prospective studies examining how the quality of peer interactions is associated with ED symptoms over time are warranted.

Another central contribution of the present study is the examination of low self-esteem and negative mood as mechanisms accounting for the associations between perceived alienation from one's mother and peers and the severity of ED symptoms. Several theories have postulated that interpersonal problems contribute to the maintenance of ED via their detrimental effects on self-esteem and mood (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010).

However, empirical evidence testing these theories is limited, especially in clinical samples of youth (Ivanova et al., 2015; Lampard et al., 2011). The present study provides preliminary support for the applicability of these conceptualisations to adolescents females with AN.

The quality of social interactions with others, particularly with family and friends, largely influence adolescents' sense of self (Laible, Carlo, & Roesch, 2004) and their personal and emotional adjustment (Boutelle, Eisenberg, Gregory, & Neumark-Sztainer, 2009; La Greca & Harrison, 2005). As results from the current study suggest, negative relationships may undermine self-esteem and lead to increased efforts at controlling eating and weight as a mean to gain a sense of control in patients with AN (Bruch, 1973). In addition, perceiving hostility and resentment in the relationships with one's mother and peers might contribute to heightened levels of negative mood, as youth are less likely to share personal experiences and receive needed validation when they hold the belief that interacting with others will result in negative outcomes (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, & Flett, 2000). Evidence also suggests that individuals with an ED generally present a lack of interoceptive awareness and difficulties in effectively managing emotional experiences, thereby making them more prone to rely on inappropriate coping strategies (Ruscitti, Rufino, Goodwin, & Wagner, 2016). Thus, the current results support the idea that, in some adolescents, engaging in increasingly severe AN behaviours may come to replace healthy engagement with the social world as a way to attain positive self-worth and cope with negative affect (Rieger et al., 2010). Although interpretations of the results are limited by the cross-sectional design of the study, it can be hypothesized that these models are likely to be self-perpetuating. Theoretical conceptualisations suggest that interpersonal difficulties might contribute to low self-esteem, negative affect and ED

symptoms, which maintain one another and eventually exacerbate problems in one's relationships with others (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010). Other authors have also postulated that ED symptoms may lead relatives to react towards the person with an ED in ways that inadvertently reinforce beliefs of self-efficacy or feelings of reassurance, which in turn exacerbate pro-anorectic beliefs and behaviours (Schmidt & Treasure, 2006).

Overall, this study adds to the body of literature on interpersonal relationships and ED by expanding upon the results of previous studies in several ways. First, the sample is composed exclusively of female adolescents with AN and is considerably larger than samples used in previous research on this population. Second, the present study examined various types of interpersonal relationships believed to be central in adolescence, many of which have been fairly neglected in the ED literature. Indeed, most of the research on attachment and ED has focused on the mother-daughter relationship, and few studies have examined the quality of the relationship with one's father and peers (Leonidas & dos Santos, 2014). Another central contribution of the current investigation is the identification of psychological variables acting as mediators of the association between the perceived quality of maternal and peer relationships and ED symptom severity. Increasingly, theorists and researchers have argued for the importance of integrating multiple social and personal factors in trying to explain the aetiology and maintenance of ED pathology (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010).

Despite important contributions, the current study also has its limitations. First, the sample is composed exclusively of females, which limits the possibility of generalizing the results to adolescent males. Future studies should examine potential gender differences in the

associations between perceived relationship quality and ED symptom severity, as it has been shown in community samples that boys are more likely than girls to rely on their father for support (Colarossi, 2001). Moreover, conclusions of the present study are particularly relevant for AN and might not be generalizable to other diagnostic subtypes. It is also important to note that participants' ethnicity was not documented in the present study. This variable should be taken into consideration in future research. Another limitation of the present study is the reliance on self-report measures. Individuals with an ED, in part as a consequence of starvation, tend to have impairments in socio-emotional processing and to show an automatic bias in attention towards critical faces and away from compassionate faces (Treasure & Schmidt, 2013), which might have resulted in them overestimating conflicts and alienation in their relationships. Therefore, future research would benefit from the use of multiple informants' reports (mother, father, peers) or alternative measures of the quality of interpersonal relationships (e.g. observations in an experimental design). Replication of the present study using more objective measures of ED severity (e.g. ratings by trained clinicians) is also warranted. Finally, the cross-sectional nature of the present study makes it impossible to confidently determine directionality and causality of results. Experimental and longitudinal studies are needed to explore how adolescents' perceptions of their relationships with their mother, father and peers evolve over time and how this evolution is related to changes in ED symptomatology. Prospective pre-post studies would be valuable in identifying the ways in which the perceived quality of interpersonal interactions change in relationship to the diminution of ED severity as a result of treatment.

Conclusion

The main implication of the present study is to provide preliminary support for clinically informed models suggesting that interpersonal problems are associated with ED symptom severity via their detrimental effects on self-esteem and affect (Fairburn et al., 2003; Rieger et al., 2010). The findings also highlight the differential associations between the perceived quality of multiple types of relationships (i.e., mother, father and peer relationships), as well as different aspects within these interactions (i.e., communication, trust, alienation), and ED symptom severity. Considering that high levels of perceived alienation in the relationship with one's mother and friends appear to be associated with more severe ED symptoms through their impact on self-esteem and mood, improvements of the quality of these interactions is likely to be an effective target of interventions for adolescents. The results of the current study suggest that treatments focusing on specific relationship difficulties (e.g.: communication, conflict resolution) and that help adolescents regain a sense of efficacy and experience positive affect in their familial and social interactions are important. In addition, given the crucial role of friendships during adolescence, the inclusion of the peer group, in addition to the family, as partners in the prevention and treatment of ED should be considered in the elaboration of effective interventions.

References

- Al Sabbah, H., Vereecken, C. A., Elgar, F. J., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., . . . Maes, L. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9(1), 52. doi: 10.1186/1471-2458-9-52
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical psychology review*, 33(1), 156-167.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427-454.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of parent and peer attachment (IPPA)*. University of Washington.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 683-697.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory.
- Boutelle, K., Eisenberg, M. E., Gregory, M. L., & Neumark-Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 309-316.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders; Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books.
- Button, E., Sonuga-Barke, E., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 193-203.

- Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 479-485.
- Champion, L., & Power, M. J. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150-158.
- Colarossi, L. G. (2001). Adolescent gender differences in social support: Structure, function, and provider type. *Social Work Research*, 25(4), 233-241.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Nordbo, R. H., Skarderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 20(6), 451-460.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- French, S. A., Story, M., Downes, B., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1995). Frequent dieting among adolescents: psychosocial and health behavior correlates. *Am J Public Health*, 85(5), 695-701.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6.
- Garner, D. M. (2004). *EDI 3: Eating Disorder Inventory-3: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19.
- Gerner, B., & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of eating disorders*, 37(4), 313-320.

- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122-130.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., & Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120.
- Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent–child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395.
- Iniewicz, G. (2004). Self-esteem and its relations with self-image in female adolescents suffering from anorexia nervosa. *Psychiatria polska*, 39(4), 719-729.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G., & Bissada, H. (2015). Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach. *Comprehensive psychiatry*, 63, 80-87.
- Kochel, K. P., Ladd, G. W., & Rudolph, K. D. (2012). Longitudinal Associations Among Youths' Depressive Symptoms, Peer Victimization, and Low Peer Acceptance: An Interpersonal Process Perspective. *Child Development*, 83(2), 637-650.
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of adolescence*, 27(6), 703-716.
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., & McLean, N. (2011). Does Self - Esteem Mediate the Relationship between Interpersonal Problems and Symptoms of Disordered Eating? *European Eating Disorders Review*, 19(5), 454-458.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent–child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*.

- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in experimental social psychology*, 32, 1-62.
- Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927.
- Levine, M., & Smolak, L. (2013). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, 59-80.
- Macek, P., & Jezek, S. (2007). Adolescent's Assessments of Parents and Peers Relationships to Self-Esteem and Self-Efficacy. *Ceskoslovenska Psychologie*, 51, 26.
- Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(2), 150-158.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 25(2), 223-249.
- Nolan, S. A., Flynn, C., & Garber, J. (2003). Prospective relations between rejection and depression in young adolescents. *Journal of personality and social psychology*, 85(4), 745.
- O'Koon, J. (1997). Attachment to parents and peers in late adolescence and their relationship with self-image. *Adolescence*.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: can symptoms be proximity-seeking? *Child and adolescent social work journal*, 19(6), 421-435.

- Paterson, J. E., Field, J., & Pryor, J. (1994). Adolescents' perceptions of their attachment relationships with their mothers, fathers, and friends. *Journal of youth and adolescence*, 23(5), 579-600.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
- Pulos, S. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory with Eating Disorder Patients. *Educational and Psychological Measurement*, 56(1), 139-141.
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., . . . Tchanturia, K. (2016). The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 310-319.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410.
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 49.
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 501-507.
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 3.
- Sadovnikova, T. (2016). Self-esteem and Interpersonal Relations in Adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 440-444.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive - interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.

- Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67-83.
- Shelley, R. (1997). *Anorexics on anorexia*. Jessica Kingsley Publishers.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167-179.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of abnormal psychology*, 113(1), 155.
- Swarr, A. E., & Richards, M. H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 32(4), 636.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1, 13. doi: 10.1186/2050-2974-1-13
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 48(7), 946-971.
- Warshawsky, D., & Handelzalts, J. E. (2014). Object relations and relationships with parents as predictors of motivation to recover from eating disorders. *Psychology*, 5(15), 1730.
- Westwood, H., Lawrence, V., Fleming, C., & Tchanturia, K. (2016). Exploration of Friendship Experiences, before and after Illness Onset in Females with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *PloS one*, 11(9).
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C., & Dapelo, M. M. (2012). Emotion and Eating Disorder Symptoms in Patients with Anorexia Nervosa: An Experimental Study. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 876-882. doi: 10.1002/eat.22020

Wilksch, S., & Wade, T. D. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self - esteem, and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 571-578.

Table 1.

Intercorrelations Among ED Symptom Severity, Relationship Quality Variables and Psychological Factors

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ED Sx Severity	—											
2. Mother Comm.	-.35*	—										
3. Mother Trust	-.38*	.84*	—									
4. Mother Alien.	.47*	-.78*	-.83*	—								
5. Father Comm.	-.31*	.56*	.52*	-.54*	—							
6. Father Trust	-.39*	.55*	.61*	-.61*	.82*	—						
7. Father Alien.	.43*	-.46*	-.46*	.59*	-.76*	-.84*	—					
8. Peers Comm.	-.33*	.31*	.31*	-.31*	.24*	.31*	-.29*	—				
9. Peers Trust	-.38*	.36*	.38**	-.39*	.23*	.36*	-.35*	.86*	—			
10. Peers Alien.	.50*	-.37*	-.40*	.52*	-.33*	-.40*	.47*	-.63*	-.66*	—		
11. Low Self-Esteem	.69*	-.36*	-.40*	.48*	-.29*	-.34*	.41*	-.38*	-.44*	.62*	—	
12. Negative Mood	.65*	-.38*	-.40*	.50*	-.32*	-.40*	.44*	-.36*	-.46*	.65*	.75*	—

Note. *p<0.001. Sx = Symptom ; Comm. = Communication ; Alien. = Alienation.

Table 2.

Multiple Regressions for Relationship Quality Variables Predicting ED Symptom Severity

Predictor Variables	B	SE B	β
Mother Comm.	.03	.17	.02
Mother Trust	.04	.20	.03
Mother Alien.	.46	.21	.32*
Father Comm.	.11	.15	.09
Father Trust	-.11	.20	-.09
Father Alien.	.13	.22	.09
Peers Comm.	-.01	.21	-.01
Peers Trust	-.10	.16	-.09
Peers Alien.	.64	.24	.27**
R ²		.37	
F		9.57**	

Note. *p<.05; **p<.01. Comm. = Communication ; Alien. = Alienation.

Figure 1. Standardized Regression Coefficients for the Association Between Alienation in the Relationship with Mother and ED Symptom Severity as Mediated by Low Self-Esteem and Negative Mood.

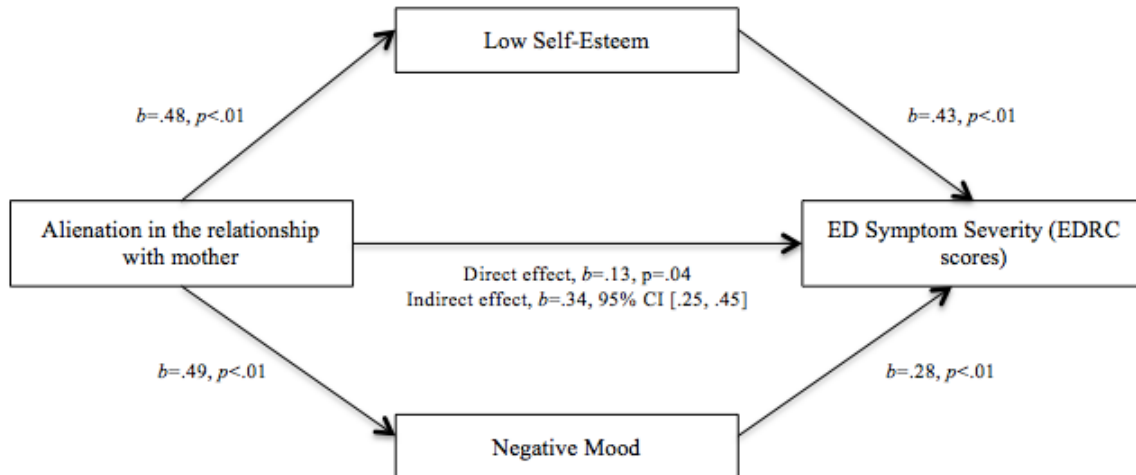
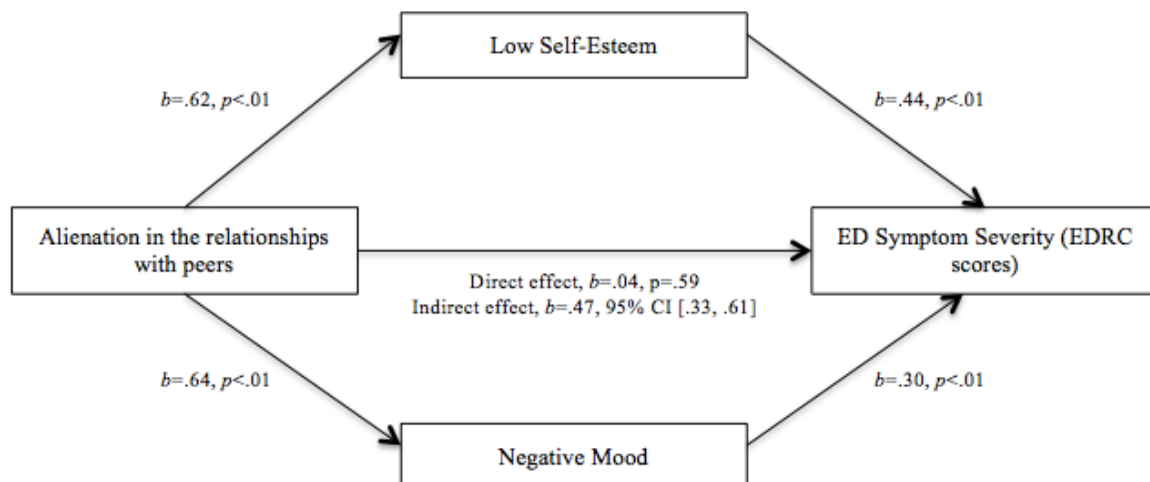


Figure 2. Standardized Regression Coefficients for the Association Between Alienation in the Relationship with Peers and ED Symptom Severity as Mediated by Low Self-Esteem and Negative Mood.



Chapitre 3: Deuxième article

Longitudinal Associations Between the Quality of Relationships with Parents and Peers, Eating Disorder Symptom Severity and Negative Mood in a Clinical Sample of Adolescents

Jade Pelletier Brochu (B.A.)^{a*}, Dominique Meilleur (Ph.D.)^{a*}, Giuseppina DiMeglio (M.D., MPH)^b, Jean-Yves Frappier (M.D.)^c, Caroline Pesant (M.D.)^d, Isabelle Thibault (Ph.D.)^e, Robert Pauzé (Ph.D.)^e

- a. Department of Psychology, Adolescence and Eating Disorders Research Laboratory, Montreal University, Montreal, Quebec, Canada
- b. Division of Adolescent Medicine and Pediatric Gynecology, Montreal Children's Hospital, McGill University, Montreal, Quebec, Canada
- c. Division of Adolescent Medicine, Sainte-Justine University Hospital Center, Montreal, Quebec, Canada
- d. Sherbrooke University Hospital Center, Sherbrooke, Quebec, Canada
- e. Department of Psychoeducation, Sherbrooke University, Sherbrooke, Quebec, Canada

Abstract

The aim of this study was to examine the links between the quality of interpersonal relationships, ED severity, and negative mood over time. Adolescents aged 13 to 18 years old (N=51) treated for an ED completed self-report measures evaluating the levels of communication, trust and alienation in their relationships with their mother, father and peers, ED symptom severity and negative mood at their arrival in the services and fifteen months later. Results indicated that better communication with mother and father as well as less alienation in the relationship with the mother at baseline were associated with less severe ED symptoms at follow-up. Higher initial levels of communication with the father and more trust in the interactions with peers were associated with lower levels of negative mood fifteen months later. Exploratory regression analyses also revealed significant associations between improvements in specific aspects of the relationships with mother, father and peers and ED-specific symptoms and negative mood over time. Findings tend to support the importance of assessing the quality of the different interpersonal relationships at the arrival in specialized services and to evaluate their evolution in the treatment of adolescents with an ED, as it may help in identifying more precise intervention targets.

Keywords: eating disorders, adolescence, parent-child relationships, peer relationships, negative mood, longitudinal

Introduction

Eating disorders (ED) affect approximately 2.7% of adolescents (Merikangas et al., 2010) and are associated with important medical and psychological consequences (Campbell & Peebles, 2014). There is little debate that a complex set of biological, psychological and social factors influences the development and maintenance of ED (Fairburn, 2001). Among these factors, distressed interpersonal relationships have been the focus of much research as correlates of eating pathology (Arcelus, Whight, & Haslam, 2011; Leonidas & dos Santos, 2014; McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty, & Jordan, 2000). From a theoretical perspective, it has been suggested that relationships perceived as being marked by conflicts, hostility or control could potentially act to maintain ED attitudes and behaviours, as the person entrenches his or herself further in the disorder as a way to avoid these negative interactions and the psychological and emotional distress that they cause (Rieger et al., 2010; Schmidt & Treasure, 2006). In support of these conceptualisations, a number of studies have demonstrated associations between problematic interpersonal relationships and ED symptoms (Arcelus et al., 2011; Hartmann, Zeeck, & Barrett, 2010). For instance, higher levels of eating pathology in youth have been associated with relationships characterized by high levels of conflicts (Hanna & Bond, 2006), ineffective communication (Al Sabbah et al., 2009) and less closeness (Swarr & Richards, 1996). However, given the cross-sectional nature of the majority of these studies, less is known about whether the positive (e.g., communication, trust) and negative aspects (e.g., alienation) of interpersonal interactions are associated with ED severity over time. Moreover, the extent to which these findings apply to adolescents with an ED and to social relationships outside of the family is unclear, as past research has mostly relied on non-clinical adult samples and has focused on parent-child interactions.

Although parents remain important relationships for the vast majority of adolescents, interactions with close peers come to play an increasingly important role in adolescents' well-being (Bester, 2007; Laible, Carlo, & Raffaelli, 2000). The quality of peer relationships may have more influence than other types of relationships (e.g., parental interactions) in some domains that become more significant during this period of the development, such as self-image (Bester, 2007; Koon, 1997). In the ED literature, it has been hypothesized that recurrent negative interactions with friends might contribute to low mood and low self-esteem in adolescents and in turn lead to greater endorsement of problematic eating behaviors (Rieger et al., 2010). In line with this idea, a few studies conducted with non-clinical samples have generally supported an association between the quality of friendships and disordered eating symptoms in adolescents (Cunha, Relvas, & Soares, 2009; Hilt, Roberto, & Nolen-Hoeksema, 2013; Schutz & Paxton, 2007; Sharpe, Schober, Treasure, & Schmidt, 2014). Specifically, studies that have examined positive and negative aspects of the quality of interactions with peers separately have demonstrated that the perceived levels of alienation (i.e., resentment, detachment, conflicts), but not communication and trust, in the relationships with friends are associated with more severe eating pathology in adolescent girls without an ED (Cunha et al., 2009; Sharpe et al., 2014).

Empirical work examining these links within clinical samples of adolescents is very limited. To our knowledge, only one recent study has examined the quality of relationships with parents and peers and the severity of ED symptoms in adolescents with these conditions (Pelletier Brochu et al., 2018). Results indicated that youth who perceived greater levels of detachment and resentment in their relationships with their mother and peers, but not with

their father, also reported more severe ED symptoms (Pelletier Brochu et al., 2018). This study further supports the pertinence of examining positive and negative aspects of the different relationships separately as the levels of communication and trust in each types of relationships were not significantly related to ED pathology in this sample (Pelletier Brochu et al., 2018). Nonetheless, despite their empirical and clinical relevance, the interpretation of these findings is limited by the use of cross-sectional designs, which do not allow for the examination of the evolution of the quality of interpersonal relationships with parents and peers and eating disturbances over time.

Only a few longitudinal studies have examined how interpersonal interactions are linked to ED symptoms over time and most of these researches have typically focused on the global quality of interpersonal relationships. For instance, negative parent-adolescent relationships have been shown to be predictive of higher diet scores (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 1999) and more negative body image (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000) in young girls without an ED diagnosis, over a one-year period. In another study conducted with adult patients with an ED, it was demonstrated that higher levels of global interpersonal problems at the beginning of treatment were predictive of lower weight gain in individuals with AN and greater binge eating severity in patients with BN at the end of treatment (Hartmann et al., 2010). Other studies have also shown that the overall level of interpersonal problems at baseline is associated with poorer outcomes of treatment for ED (Jones, Lindekilde, Lübeck, & Clausen, 2015). Importantly, some researchers have emphasized the complexity of the associations between eating pathology and the quality of interpersonal relationships over time by examining bidirectional effects between these

variables. Notably, in a non-clinical sample, it was shown that body satisfaction was both a predictor and a consequence of family connectedness in adolescent girls (Crespo, Kielpikowski, Jose, & Pryor, 2010). In another longitudinal study, greater eating pathology was predictive of lower global parent-adolescent relationship quality, but not the reverse, which is in line with the idea that the experience of caring for someone with eating problems may negatively impact interpersonal interactions (Archibald, Linver, Graber, & Brooks-Gunn, 2002). Thus, overall, results from past studies tend to support the idea that the global quality of interpersonal relationships, particularly with parents, is related to eating pathology over time. However, the direction of these associations is not clear and further research is needed in order to determine how specific positive and negative aspects of interpersonal relationships with mother, father, and peers are related to ED severity over time in adolescents with these conditions. This avenue of research is particularly important as it might help in identifying more precise treatment targets for this population.

In addition to the severity of ED-core symptoms (i.e., body dissatisfaction, bulimic symptoms, restrictive behaviors), some authors have pointed to the importance for future research to longitudinally examine whether the quality of interpersonal relationships could also be linked to other psychopathological symptoms in individuals with ED (Harney, Fitzsimmons-Craft, Maldonado, & Bardone-Cone, 2014). It is well recognized that individuals with disordered eating often present with co-morbid psychiatric conditions, including mood and anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), personality disorder and substance abuse (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006; Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). Among these comorbidities, negative mood is one of the

most prevalent in adolescents (Herpertz-Dahlmann, 2015) and has been shown to influence treatment response and the recovery process in participants with an ED (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007). Evidence also suggests that ED symptoms and negative mood might contribute reciprocally to each other and that treatment of one condition may help to circumvent the other (Presnell, Stice, Seidel, & Madeley, 2009; Stice, Burton, Bearman, & Rohde, 2007). Accordingly, it is particularly important to determine whether factors contributing to eating pathology could also be related to wider symptomatic domains, such as negative mood. From a theoretical perspective, interpersonal problems have been postulated to contribute to negative mood in individuals with ED, which could in turn potentially influence the development and maintenance of eating pathology (Rieger et al., 2010). Although limited, cross-sectional studies have demonstrated that higher levels of negative mood are associated with more interpersonal difficulties (Ivanova, Tasca, Proulx, & Bissada, 2015), lower social support (Karatzias et al., 2010) and more conflicts in interactions with mother and peers (Pelletier Brochu et al., 2018) in individuals with ED. Other authors have also demonstrated that the negative aspects of the father-daughter relationships were associated with the severity of both eating pathology and depressive symptoms (Horesh, Sommerfeld, Wolf, Zubery, & Zalsman, 2015). However, to our knowledge, no study has longitudinally examined the associations between the quality of interpersonal relationships with parents and peers and the levels of negative mood in a clinical sample of adolescents diagnosed with an ED. Clarifying how familial and social interactions are linked to negative mood over time, as well as the direction of these effects, could be particularly useful in improving treatment planning and outcomes.

A related question that is also likely to be relevant for the planning of interventions and that has received only minimal attention in the empirical literature is whether changes (i.e., improvements or deterioration) in the levels of communication, trust and alienation in the interpersonal relationships with mother, father and peers are related to the severity of symptomatology in youth with an ED. Indeed, despite the increasing recognition of the importance of involving parents (Health, 2004) and sometimes friends (Pauzé et al., 2008) in the treatment of disordered eating in adolescents, little is known about how improvements or deterioration in these interactions are predictive of ED severity and associated psychopathological symptoms over time in adolescents with these disorders. In one longitudinal study, increases in the levels of perceived communication and closeness in parent-adolescent relationships were associated with recovery from an ED in adolescents with these conditions (Nilsson, Engström, & Hägglöf, 2012). Other authors have also reported that improvements in family functioning over one year was associated with full remission in adolescents with AN, regardless of initial level of family functioning and the type of treatment received (Ciao, Accurso, Fitzsimmons - Craft, Lock, & Le Grange, 2015). Despite the clinical relevance of these findings, previous studies did not distinguish between improvements in mother, father and peer relationships and they used global indicators of recovery. As a result, the current understanding of how changes in specific aspects of different interpersonal relationships are linked to ED symptoms and other markers of clinical severity over time is still very limited. Further research exploring these associations is necessary as it could help in identifying potential mechanisms through which familial and interpersonal therapy operate to reduce symptomatology in adolescents with an ED.

In sum, there is evidence that the quality of interpersonal relationships with mother, father and peers is related to symptom severity in adolescents with ED (Hanna & Bond, 2006; Pelletier Brochu et al., 2018; Swarr & Richards, 1996). However, most studies examining this topic have been cross-sectional and there is a dearth of research assessing whether the positive and negative aspects of the quality of relationships with parents and peers are associated with ED symptoms and negative mood over time in this population. As a result, the direction of the effects between these variables is not well established. In addition, it is not clear how changes (i.e., improvements or deterioration) in interpersonal interactions are related to symptom severity over time in youth diagnosed with an ED. Thus, in order to help address these gaps in the literature, the objective of the present study was threefold. First, the research aimed to replicate findings from previous cross-sectional work by examining associations between the perceived levels of communication, trust and alienation and the severity of concurrent symptomatology (ED-specific and negative mood) in adolescents with an ED. Second, the present study also examined the longitudinal associations between the positive (i.e., communication, trust) and negative aspects (i.e., alienation) of interpersonal relationships with mother, father and peers at the arrival in specialized services and the severity of ED symptoms and negative mood fifteen months later. These associations were also examined in the other direction to determine whether the baseline severity of symptomatology could also be associated with the perceived quality of interpersonal relationships fifteen months later. Finally, another goal of the current study was to determine whether changes in the levels of perceived communication, trust and alienation in the interactions with mother, father and peers over time would have differential associations with the severity of ED-specific symptoms and negative mood at follow-up, when accounting for baseline measurements. Based on previous

findings, it was expected that better communication, more trust and less alienation in the relationships with mother, father and peers would be associated with less severe ED symptoms and lower levels of negative mood, both concurrently and longitudinally. Moreover, it is also hypothesized that adolescents who report greater improvements in the positive and negative aspects of their relationships with their mother, father and peers over the fifteen months period would endorsed lower levels of eating pathology and negative mood at follow-up.

Methods

Procedures

The research project was conducted in a specialized ED program in a University Health Center and was previously approved through the Research Ethics Committee. The program offers systemic forms of inpatient and outpatient treatments that are in line with the practice guidelines developed in the Maudsley model of family-based treatment (Lock & Le Grange, 2015) and in the multiple family therapy model (Cook-Darzens, 2002). Medical surveillance and weight restoration are also part of the treatment. A team of several professionals (i.e., paediatrician, psychiatrist, psychologist, psychoeducator, social worker) are involved in the treatment and the types of interventions offered include family therapy, individual psychotherapy, pharmacotherapy and psychosocial therapy.

As part of the program's treatment protocol, youth receiving a diagnosis of ED for the first time completed a battery of self-report questionnaires evaluating their eating attitudes and behaviors as well as their personal, social and familial functioning. After completing the questionnaires, patients were asked whether they would agree to contribute this data to a

longitudinal research project examining the evolution of EDs in adolescents and to be contacted again in a year to complete the second part of the study. Informed parental and adolescent consents were obtained for those who accepted to participate.

Participants

Participants who completed the initial test session (Time 1) included 120 adolescents who were all recruited through the same specialized ED program. From this initial sample, 51 subjects (88.2% female) also completed the follow-up approximately fifteen months later (Time 2), which corresponds to 42.5% of the original sample. Attrition analyses revealed no significant group differences on any of the variables of interest between adolescents who completed measures at Time 1 only and those who completed measures at both time points. Participants composing the final sample were between the ages of 11 and 18 years old ($M=15.56$; $SD=1.57$) and they met the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR ; American Psychiatric Association, 2000) EDs criteria for the Restrictive subtype of Anorexia Nervosa (AN-R; 66.7%), the Binge/Purge subtype of Anorexia Nervosa (AN-BP, 13.7%), Bulimia Nervosa (BN; 9.8%) or Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS; 9.8%) at Time 1. Among the subjects who completed measures at both time points, twenty-two participants (43,1%) had also been included in a previous study conducted by our group (Pelletier Brochu et al., 2018).

Measures

Demographics and Diagnostic Information. The medical team from the recruitment site provided the socio-demographic information. ED diagnoses were established by trained

and experienced professionals in this domain and based on the DSM-IV-TR criteria (American Psychiatric Association, 2000).

Eating Disorder Symptom Severity. The Eating Disorder Inventory (EDI-3) (Garner, 2004) was used to assess ED symptom severity. This self-report questionnaire measures ED-specific symptomatology (three scales) and psychological traits (nine scales) relevant to AN, BN and Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). The EDI-3 is composed of ninety-one items that are scored on a 6-point Likert scale. A total of six composite scores can be obtained from the scales. In the current study, the Eating Disorder Risk Composite (EDRC) was used to evaluate ED symptom severity. This composite includes the summed *T* scores on the Drive for Thinness (DT), Bulimia Nervosa (BN) and Body Dissatisfaction (BD) scales and it is adjusted for age and diagnosis (Garner, 2004). The Cronbach alphas for the subscales used in the study ranged between .86 and .98.

Quality of Interpersonal Relationships. The quality of the relationships with parents and peers was measured using the Inventory of Peer and Parent Attachment (IPPA; Armsden & Greenberg, 1987, 1989). The IPPA is a self-report questionnaire that assesses adolescent perceptions of the affective and cognitive dimensions of their relationships with their mother, father and peers separately. The revised version of the IPPA used in the present study is comprised of 28 items in each of the mother and father sections and of 25 items in the peer section, all of which are rated on a five point Likert scale (Armsden & Greenberg, 1989). For each section, two positive and one negative dimensions of relationship quality are assessed: 1) Trust items assess the degree of mutual understanding and respect (e.g.: My

mother/father/friends respect(s) my feelings), 2) Communication items reflect the extent of spoken communication (e.g.: I tell my mother/father/friends about my troubles and problems) and 3) Alienation items tap feelings of anger, isolation and resentment (e.g.: I wish I had a different mother/father/friends). In the present study, total scores were calculated for each of the subscales (Trust, Communication, Alienation) in the three sections (Mother, Father, Peers), after reverse-scoring the negatively worded items. The IPPA has been successfully used in several studies and has good psychometric properties (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990; Cunha et al., 2009; Laible et al., 2000). In the current study, the Cronbach alphas of all the subscales ranged between .84 and .90, with the exception of the peer Alienation subscale for which the coefficients of reliability were .60 at Time 1 and .67 at Time 2. Analyses of item-total correlations for this subscale indicated that one specific item was problematic (« I feel the need to be in touch with my friends more often ») and was thus removed. The resulting Cronbach alphas were .76 at Time 1 and .74 at Time 2 for the peer Alienation subscale. Previous studies had also identified this specific item as having unsatisfactory fit indices and modified versions of the peer alienation subscale, without the item, have been used (Guarnieri, Ponti, & Tani, 2010).

Negative Mood. Negative mood (i.e., depressive symptoms) was assessed using the Beck Depression Inventory (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996), a self-report questionnaire consisting of 21 groups of four statements. For each group of statements, respondents are asked to select the one that best applies to their situation over the past 2 weeks. Statements correspond to a severity rating from 0 (minimal) to 3 (severe). Responses to each statement are then summed up and a total score indicating the levels of depressive symptoms is obtained.

The BDI-II is commonly used to measure negative mood in adolescents and has been shown to have excellent psychometric properties (Beck et al., 1996). Research has also shown that it is a valid measure of negative mood in patients with an ED (Pulos, 1996). The Cronbach alphas for this measure were .92 and .94 at Time 1 and Time 2 respectively.

Results

Descriptive analyses

Means and standard deviations for the primary variables are presented in **Table 1**. Preliminary T-tests were conducted to examine mean differences in eating disorder symptom severity, negative mood and in the levels of positive and negative aspects of the quality of interpersonal relationships with mother, father and peers between Time 1 and Time 2. The severity of ED symptoms significantly decreased between Time 1 ($M=48.31$, $SD=11.33$) and Time 2 ($M=42.31$, $SD=9.62$), $t(50)=3.51$, $p<0.01$. Similarly, BDI scores were lower at follow up ($M=12.43$, $SD=11.82$) compared to baseline ($M=21.93$, $SD=12.52$), $t(45)=5.25$, $p<0.01$. The effect sizes were medium for both EDRC ($d = 0.50$) and BDI ($d = 0.77$) scores. No significant difference emerged with respect to any of the positive and negative aspects of the perceived quality of relationships with mother and father between the two time points. However, participants reported more communication with their peers at Time 2 ($M=30.85$, $SD=5.63$) compared to Time 1 ($M=29.00$, $SD=6.17$), $t(47)=-2.24$, $p<0.05$. Also, the levels of perceived alienation in the interactions with peers significantly decreased between Time 1 ($M=15.67$, $SD=4.50$) and Time 2 ($M=14.02$, $SD=3.79$), $t(47)=2.58$, $p<0.05$. The effect sizes were small for both peer communication ($d= 0.32$) and peer alienation ($d= 0.37$) scores.

Correlational Analyses

In line with the first objective of the study, zero-order correlations were computed in order to examine the concurrent and longitudinal associations between the positive and negative aspects of the quality of the relationships with mother, father and peers and the severity of ED symptoms and negative mood at baseline and follow-up (**Table 2**). First, at the cross-sectional level, several significant results emerged. The severity of ED symptoms and the levels of negative mood at Time 1 were significantly associated with most of the concurrent relationships quality variables. The only exceptions were that baseline EDRC scores did not significantly correlated with peer communication ($r = -.11$, $p = .46$) and peer trust ($r = -.20$, $p = .17$) at Time 1 whereas initial BDI scores were not significantly associated with concurrent peer communication ($r = -.17$, $p = .24$). A similar pattern of results was obtained among the variables at Time 2, as EDRC scores and BDI scores at follow-up were significantly associated with almost all of the concurrent positive and negatives aspects of the different relationships. The only exception was that the association between ED symptom severity and trust in the relationship with father at Time 2 did not reach significance ($r = -.27$, $p = .06$).

The examination of the longitudinal correlations between the positive and negative aspects of relationships at Time 1 and the severity of symptomatology at Time 2 also revealed significant results. Specifically, adolescents who initially reported better communication and less alienation in the relationship with their mother ($r = -.33$, $p < .05$; $r = .29$, $p < .05$, respectively) as well as better communication in their interactions with their father ($r = -.34$, $p < .05$) at Time 1 endorsed lower EDRC scores at follow-up. Bidirectional correlations between these

variables were also examined by correlating the measures of ED symptom severity at Time 1 with the perceived levels of communication, trust and alienation in the different interpersonal relationships at Time 2. None of these associations approached significance. With respect to negative mood, participants who endorsed lower BDI scores at follow-up initially reported better communication with their father ($r = -.40, p < .01$) and more trust in their relationships with their peers ($r = -.31, p < .05$) at Time 1. When examined in the reverse direction, the results indicated that lower levels of negative mood at baseline were significantly associated with better father communication ($r = -.32, p < .05$), more father trust ($r = -.40, p < .05$) and less alienation in the relationship with the father ($r = .47, p < .01$) fifteen months later.

Multiple Regressions

The second objective of the study was to examine the differential contributions of improvements in communication, trust and alienation in the different relationships to the severity of ED symptoms and negative mood at follow-up, while also accounting for baseline symptomatology and initial relationship variables. To examine this question, variables representing improvements (i.e., increase) in the levels of perceived communication and trust between the two time points were created by subtracting the total score at Time 2 from the total score at Time 1 on each section of the IPPA (mother, father, peers). Similarly, improvements (i.e., diminution) in the levels of alienation between the two time points were calculated by subtracting the total score at Time 1 from the total score at Time 2 for the mother, father and peer sections. Thus, for each of the variables representing changes between baseline and follow-up, a higher score represents greater improvements in the interactions.

Prior to the analyses, the relevant assumptions of multiple regressions were tested and all were satisfied. Then, six separate regression models were estimated with each of the outcome measures at Time 2 (i.e., EDRC and BDI scores) regressed on each sets of predictors reflecting the levels of communication, trust and alienation in the different relationships. Thus, each model included the initial levels of the dependent variable (EDRC or BDI scores), the baseline levels of communication, trust or alienation (with mother, father and peers) and the three variables representing improvements in communication, trust or alienation (with mother, father or peers) between the two time points. Although such procedure implies the entry of several predictors in each model, it was selected because it allows for the examination of change scores on the variables of interest, while adjusting for baseline measurements. Similar statistical approaches have been used in other studies (Beekman et al., 2002; Busseri, Rose-Krasnor, Willoughby, & Chalmers, 2006). Considering the limited sample size in the current study, results of the multiple regression analyses are exploratory. For this reason, trends toward statistical significance (p-value lower than .10) will also be reported in the current section.

Results of the different sets of regressions that include the predictors reflecting the levels of communication, trust and alienation in interpersonal relationships are presented in separate tables. First, the overall Communication model (**Table 3**) explained a significant amount of the variance in ED symptom severity ($F(7, 43) = 3.14, p < .01, R^2 = .34$) and negative mood ($F(7, 43) = 9.20, p < .01, R^2 = .60$) at Time 2. However, examination of the separate beta weight revealed that, in the Communication-EDRC model, the initial severity of ED symptoms was the only variable to uniquely predict eating pathology at Time 2, with

adolescents endorsing less severe ED symptoms at Time 1 also reporting less severe eating problems at Time 2 ($\beta = .29, p < .05$). None of the variables reflecting initial communication levels or improvements in the perceived communication in the different relationships was a unique predictor of the intensity of eating pathology at follow-up, when accounting for the other variables, although a trend toward significance was observed for the initial levels of mother communication ($\beta = -.30, p = .07$). In comparison, in the Communication-BDI model, lower levels of negative mood at baseline ($\beta = .44, p < .01$), better communication with peers at Time 1 ($\beta = -.28, p < .05$) and greater improvements in the communication with father ($\beta = -.27, p < .05$) and peers ($\beta = -.40, p < .01$) between the two time points were unique predictors of lower levels of negative mood at Time 2, when accounting for the other predictors.

The global Trust model (**Table 4**) was not significant in predicting EDRC scores at follow-up ($F(7, 43) = 2.18, p = .06, R^2 = .26$), but it explained a significant amount of variance in BDI scores at Time 2 ($F(7, 40) = 7.35, p < .01, R^2 = .56$). Examination of the separate beta weights in the Trust-BDI model revealed that adolescents who reported lower levels of negative mood at Time 1 also endorsed lower BDI scores at follow-up ($\beta = .40, p < .01$). In addition, participants who reported greater improvements in the levels of perceived trust in their interactions with their peers over the fifteen-month period also endorsed lower levels of negative mood at Time 2 ($\beta = -.35, p < .05$). Trends toward significance were observed for the initial levels of trust in the interactions with peers ($\beta = -.31, p = .06$) as well as improvements in father trust ($\beta = -.24, p = .07$).

Finally, the overall Alienation model (**Table 5**) explained a significant amount of the variance in ED symptom severity ($F(7, 43) = 3.98, p < .01, R^2 = .39$) and negative mood ($F(7, 40) = 8.62, p < .01, R^2 = .60$) at Time 2. In the Alienation-EDRC model, lower severity of ED symptoms at baseline ($\beta = .35, p < .05$) as well as greater improvements (i.e., diminution) in the levels of perceived alienation in the relationship with the father over time ($\beta = -.32, p < .05$) were both unique predictors of less severe eating pathology fifteen months later. The initial levels of alienation in the relationship with the mother ($\beta = .32, p = .06$) as well as improvements on this variable tended toward statistical significance ($\beta = -.28, p = .07$). Moreover, in the Alienation-BDI model, lower levels of negative mood at baseline ($\beta = .56, p < .01$) and greater improvements (i.e., diminution) in the levels of perceived alienation in the interactions with mother ($\beta = -.30, p < .05$) and peers ($\beta = -.38, p < .05$) between the two time points were unique contributors to lower BDI scores at Time 2. Trends toward significance were observed for the initial levels of mother alienation ($\beta = .25, p = .07$) and for improvements in father alienation ($\beta = -.25, p = .08$).

Discussion

The first aim of the present study was to determine whether the perceived levels of communication, trust and alienation in the interactions with mother, father and peers would be associated with the severity of eating pathology and negative mood both concurrently and over fifteen months in adolescents diagnosed with an ED. Another objective was to examine the differential effects of improvements in positive and negative aspects of these interpersonal relationships over time on the levels of ED symptoms and negative mood fifteen months later.

Consistent with previous cross-sectional work, findings of the present study demonstrated that the positive and negative aspects of mother- and father-adolescent relationships were associated with the severity of concurrent ED-specific pathology (Hanna & Bond, 2006; Pelletier Brochu et al., 2018) and negative mood (Ivanova et al., 2015; Karatzias et al., 2010; Pelletier Brochu et al., 2018). The only exception was that the level of trust in the interactions with the father was not related to the intensity of ED symptoms at follow-up. Other authors have indicated that trust in the interactions with the mother, but not with the father, distinguished adolescents with an ED from a control group (Cunha et al., 2009), suggesting that this aspect of the father-adolescent relationship may not be a strong correlate of eating pathology. The current results are in line with this notion. With respect to peer relationships, results of the cross-sectional analyses were also in line with previous work suggesting that the negative aspects of these interactions are more closely related to the severity of ED symptomatology than the positive aspects (Cunha et al., 2009; Pelletier Brochu et al., 2018; Sharpe et al., 2014). Indeed, adolescents who reported more alienation in their relationships with their friends at both time points also endorsed more severe concurrent ED symptoms and higher levels of negative mood. In contrast, peer communication and peer trust were not correlated with the intensity of eating pathology at baseline in this sample, although these associations became significant fifteen months later. This result tends to suggest that the positive dimensions of the interactions with friends become more closely related to the severity of ED as the condition evolves, which supports the pertinence of examining how the associations between these variables change over time.

In that regard, another important finding of the present study is that some of the positive and negative aspects of the mother- and father-adolescent relationships at baseline were associated with the severity of eating pathology fifteen months later in adolescents with an ED. Specifically, adolescents who reported better communication with both parents, as well as less detachment in their relationship with their mother, at the arrival in the specialized services also endorsed less severe ED symptoms at follow-up. Although these variables were not unique predictors of eating pathology fifteen months later, when examined in conjunction with baseline symptom severity and other relationship variables in further analyses, a trend toward significance was observed for both mother communication and mother alienation. According to a recent literature review examining studies conducted with adults and adolescents, previous longitudinal researches have demonstrated strong associations between negative interpersonal relationships at baseline and the severity of ED symptoms at the end of treatment (Jones et al., 2015). Results of the current study tend to support this notion, but suggest that the quality of the relationship (communication and alienation) with the mother may be particularly important in predicting the evolution of ED-specific symptoms over the course of treatment. Indeed, considering that the mother is often the primary caregiver and is typically more involved in the treatment of eating pathology during adolescence (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014; Rhind et al., 2016), it can be suggested that youth with an ED who feel closer to their mother (i.e., less alienated) and have better communication with her are more likely to report less severe symptoms fifteen months later. Such results are consistent with findings suggesting that a good parent-child relationship may protect patients with an ED from poor outcomes (Steinhausen, 2009). The current study

further suggests that this finding may be particularly applicable to the mother-adolescent relationship in adolescents treated for ED.

On the other hand, the severity of ED symptoms at baseline was not associated with any of the aspects of the relationships with mother, father or peers at follow-up, which contradicts previous work that have reported bidirectional associations between these variables in non-clinical samples (Archibald et al., 2002). Several explanations can be advanced to account for these different conclusions. First, it is possible that the severity of the eating pathology has more impact on the quality of interpersonal interactions in the very first stages of the disorder, which could explain why bi-directional associations between these variables have been found in non-clinical samples. Once adolescents present with symptoms that necessitate specialized treatments, as was the case in the current study, the severity of the ED at intake might become less important in predicting the quality of interpersonal interactions a few months later. Also, previous studies have relied on global measures of parent-child relationships (Archibald et al., 2002) or family functioning (Crespo et al., 2010), compared to the more specific measures of positive and negative aspects of the interactions with mother and father used in the present study. It is possible that the initial severity of ED symptoms is more likely to predict the quality of the relationships with parents over time when mother and father are considered as a unit or when family functioning is examined more globally. Thus, further longitudinal research is needed in order to replicate the results of the present study in another clinical sample and to clarify the direction of the effects between interpersonal relationships and ED pathology.

In addition to ED-specific symptoms, the present study was also interested in examining the longitudinal associations between positive and negative aspects of interpersonal relationships with mother, father and peers and negative mood. Interestingly, among the relationship quality variables at baseline, the only two aspects to be associated with the levels of negative mood at follow-up were the perceived communication in the relationship with the father and the level of trust in the interactions with peers. Specifically, adolescents who reported better communication with their father and more trust in their friendships at the arrival in the services endorsed lower levels of negative mood fifteen months later. These findings support the pertinence of examining more specifically the quality of the interactions with father and peers in adolescents with an ED, as these types of relationships may be more closely related to general psychopathology, namely negative mood in the current study, whereas the mother-adolescent relationship could be more influential in predicting ED-core symptoms. Considering that very few studies have simultaneously examined the quality of the relationships with mother, father and peers in adolescents with an ED, the exact contribution of each type of interactions to the severity of symptomatology in this population is still unclear. In addition, it is also important to note that the initial levels of communication in the relationship with the father was not a unique predictor of negative mood at follow-up, when controlling for the baseline severity of negative mood and other relationship variables in further exploratory analyses. In contrast, a trend toward significance was observed for the association between baseline peer trust and negative mood fifteen months later and greater peer communication at the arrival emerged as a significant predictor of lower levels of negative mood at follow-up in these additional analyses. Thus, despite the fact that the small sample size in the current study might have limited the possibility to detect statistically

significant associations between the variables, it is still noteworthy that the general pattern of results tends to support the idea that the quality of father and peer relationships are more closely related to negative mood than the quality of the mother relationship. Further studies conducted with more participants are warranted in order to confirm this notion, but the present research adds to the limited understanding of the longitudinal associations between the quality of interpersonal relationships and psychopathology in adolescents with an ED. These findings support the importance of assessing and addressing specific dimensions of various interpersonal relationships, including with father and peers, in the planning of effective interventions for youth with disordered eating.

The current study also suggests that the associations between the quality of the father-adolescent relationship and negative mood might be bidirectional. Specifically, lower levels of negative mood at baseline were associated with higher levels of communication and trust and lower levels of alienation in the interactions with the father at follow-up. Previous research has demonstrated that the severity of symptomatology can contribute to the deterioration of familial interactions in individuals with ED (Nilsson et al., 2012) and the current results suggest that this might be particularly applicable to the father-adolescent relationship. Indeed, adolescents who present with more severe negative mood at the arrival in the services may experience greater conflicts and detachment in their interactions with their father later on, which can also negatively influence the levels of communication and trust in these relationships. In turn, such negative interactions with the father may further contribute to negative mood. The fact that these reverse associations were specific to the interactions with the father is intriguing and it raises the possibility that the father-adolescent relationship is

more affected by the severity of psychopathology in adolescents with an ED, compared to other types of interactions (i.e., with the mother and with peers). This result can also reflect the fact that, comparatively to the mother, the father is often less directly involved in the interventions for eating disorders during adolescence (Hughes, Burton, Le Grange, & Sawyer, 2017). In consequence, adolescents may come to perceive more detachment in their interactions with their father throughout treatment, especially if they report higher levels of negative mood initially. Interestingly, previous work has demonstrated that fathers of adolescents treated for an ED report greater impairments in several aspects of family functioning at the end of treatment, compared to the mothers who perceive overall improvements in these domains (Wallis et al., 2018). These findings, taken together with results of the current study, suggest that adolescents with an ED and their fathers may experience more difficulties in their interactions (e.g., less communication, more detachment, less trust) over the course of treatment, especially in youth with initially higher levels of negative mood. More research is needed in order to clarify these associations, but the results support the importance of involving both mother and father in the treatment of ED, as they are likely to have differential contributions to the evolution of eating pathology in adolescents.

Findings from the current study also tend to support the importance of considering changes in the different aspects of the quality of interpersonal relationships with mother, father and peers over time as predictors of the severity of psychopathology at follow-up in adolescents with an ED. Specifically, with respect to the positive dimensions of interpersonal interactions, the exploratory analyses revealed that, when controlling for initial levels of negative mood and baseline communication in the different types of relationships, adolescents

who reported greater improvements in the levels of communication in their relationships with their father and with their peers also endorsed lower levels of negative mood fifteen months later. Similarly, greater improvement in the levels of peer trust over time was a unique predictor of lower levels of negative mood at follow-up, after accounting for baseline measurements. There was also a trend toward significance for the association between increases in perceived father trust and lower negative mood fifteen months later in the current study. Although further studies are needed in order to examine these associations in a larger sample, the current findings suggest that improvements in the positive dimensions of the relationships with father and peers are predictive of improvements in negative mood over time in adolescents with an ED. In contrast, increases in communication and trust in the different types of relationships did not seem to be associated with ED pathology at follow-up, when controlling for initial symptom severity and baseline relationship quality, in the current sample. Previous studies have reported significant associations between changes in positive dimensions of parent-adolescent relationships (i.e., closeness, communication) and ED recovery (Nilsson et al., 2012), but the current findings suggest that these associations might be more complex when the differential contributions of mother, father and peer relationships are considered. Overall, the pattern of results obtained in the present investigation provides further support for the idea that the quality of father and peer interactions, particularly the positive dimensions of these relationships, could be more closely related to general psychopathology (e.g., negative mood), than to specific eating pathology, in adolescents with an ED. Despite their preliminary nature, these findings indirectly support interventions that focus on improving the quality of multiple interpersonal relationships, including with the

father and the peer group, as it may contribute to more global recovery in adolescents with disordered eating.

Finally, in the current study, changes in the negative aspects of interpersonal relationships were associated with ED-specific symptoms and negative mood at follow-up, regardless of initial severity and baseline alienation. Specifically, adolescents who reported greater amelioration in the levels of alienation (i.e., diminution) in their relationships with their father reported less severe eating pathology fifteen months later. Decreases in perceived mother alienation also tended to predict lower ED symptoms at follow-up. On the other hand, decreases in perceived mother and peer alienation over time were associated with lower levels of negative mood at follow-up, while there was a tendency for diminution in father alienation to be associated with lower negative mood. Again, the exploratory nature of the current analyses limit the conclusions that can be drawn on the basis of these results, but it can be suggested that a diminution in conflicts and detachment in the interactions with both mother and father over time appear to be positively associated with outcomes (i.e., eating pathology and negative mood) in youth with an ED. In comparison, decreases in friendships alienation over the course of treatment appear to be related to the levels of negative mood fifteen months later, but not to ED symptoms. These findings could reflect the fact that friends are rarely involved in the treatment of eating pathology during adolescence, comparatively to parents, and thus changes in the severity of ED symptoms severity are more likely to be associated with improvements in the negative aspects of interactions with mother and, to a certain extent father, than with peers.

Overall, these findings suggest that improvements in certain aspects of interpersonal relationships with mother, father and peers, could represent potential mechanisms through which family and interpersonal therapy might operate to influence the severity of ED-specific symptoms and more general psychopathology in individuals with an ED. Importantly, it is not possible to infer causality based on these results. Thus, although changes in the quality of interpersonal relationships with father, mother and peers may contribute to changes in the severity of symptomatology, bidirectional associations between these variables also need to be examined. Indeed, diminutions in the severity of eating pathology and negative mood over the course of treatment could potentially lead to improvements in interpersonal interactions over time in adolescents with an ED. Further research is needed in order to clarify this possibility, as it may have important implications for the planning of effective interventions.

The present investigation contributes to the ED literature in several ways. First, the current study provided an initial step in clarifying the longitudinal associations between the levels of perceived communication, trust and alienation in the interpersonal relationships with mother, father and peers and eating pathology and negative mood in a clinical sample of adolescents with an ED. It is also one of the rare studies to simultaneously examine multiple types of interpersonal interactions in youth with these conditions. The results underscore the specificity of each type of interpersonal relationships and support the pertinence of considering their differential contribution to psychopathology in empirical research and clinical work with adolescents suffering from an ED. Specifically, the quality of the relationships with father and peers have generally been overlooked in the empirical literature pertaining to eating pathology in adolescents, as greater emphasis has been put on the

interactions with the mother. Increasingly, clinicians and researchers are arguing for the importance of including mother, father and sometimes peers in the treatment of ED in adolescents (Pauzé et al., 2008; Treasure, Schmidt, & Macdonald, 2009). The current findings support this notion and highlight the fact that these unique relationships are likely to have differential contributions to the evolution of the severity of psychopathology in youth with disordered eating. Moreover, although a majority of therapeutic interventions focus on improving ED-core symptoms (i.e., weight restoration, body dissatisfaction, beliefs regarding food and weight) (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Lock & le Grange, 2005), the present findings suggest that the reduction of interpersonal difficulties, particularly with the father and the peers, could also be targeted to improve negative mood that is associated with eating pathology in adolescents. Indeed, youth with an ED are often not motivated to focus on the eating pathology specifically and it is thus important to identify alternative treatment targets that are likely to have an indirect impact on ED-core symptoms and could be more easily addressed during treatment.

Despite important contributions, the present study presents some limitations and would benefit from further replications. First, most of the sample is composed of females and the possibility to generalize the current findings to adolescent males is limited. It is possible that the quality of the relationship with the same-sex parent is more influential during this period of the development (Paterson, Field, & Pryor, 1994), which could have influenced some of the results of the current study, particularly with respect to the differential contributions of relationships with mother and father to the severity of symptoms. Also, previous studies have shown that the self-image of adolescent girls is more interpersonally oriented than that of boys

and they worry more about what others think of them (McGuire & McGuire, 1982; Simmons & Rosenberg, 1975). It would thus be useful to replicate the current findings while examining possible gender differences that could exist with respect to the longitudinal associations between the quality of multiple relationships and the intensity of symptomatology in adolescents with an ED. Another limitation of the present study concerns the relatively small sample size and the statistical analyses used to examine the research questions. Future studies conducted with more participants are needed in order to replicate the present results using longitudinal data statistical analyses that would allow for the cross-lagged examination of potential bidirectional associations between the variables. Moreover, considering the sample size, it was not possible to compare the diagnostic groups (AN, BN, EDNOS) or examine gender differences in terms of interpersonal relationships quality and ED symptom severity. Future investigations might provide clarification on this matter as the current results mainly apply to adolescent females with AN-R. Finally, it was not possible to control for the exact type and amount of treatment received by the participants and their family in the current study. Although subjects were recruited in the same specialized ED program and all beneficieate from similar interventions, the fact that no specific data pertaining to treatment were examined as potential confounding variables in the present study limits the inference that can be drawn. Future studies might want to replicate the current findings while documenting and controlling for the types of clinical interventions received by participants.

Conclusion

The present study suggests that the levels of communication and alienation in the relationships with the mother at the arrival in the services are related to the severity of ED-

specific symptoms fifteen months later. In contrast, positive aspects of the interactions with the father (i.e., communication) and peers (i.e., trust) at baseline appear to be more closely associated with associated psychopathology (i.e., negative mood) at follow-up. Also, improvements in youth's perception of the quality of their interactions with their mother, father and peers are accompanied by reductions in the levels of eating pathology and negative mood over time, which suggests potential mechanisms through which interventions may operate to reduce symptomatology in adolescents with an ED. From a clinical perspective, these findings tend to support the importance of assessing the quality of the different interpersonal relationships at the arrival in specialized services and over time in adolescents with an ED, as it may help in identifying more vulnerable individuals and in improving interventions for this age group. Given the central role of parents and peer relationships in adolescents' adjustment, they should remain therapeutic targets and be the focus of future research in the field of ED. Finally, the examination of other psychopathological symptoms (e.g., negative mood), in addition to ED-specific symptoms, as a marker of severity is an interesting avenue for future clinical and research work, as the improvements on both dimensions are part of the recovery process from an ED.

References

- Al Sabbah, H., Vereecken, C. A., Elgar, F. J., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., . . . Maes, L. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9(1), 52. doi: 10.1186/1471-2458-9-52
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Association.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 464-477.
- Arcelus, J., Whight, D., & Haslam, M. (2011). Interpersonal Problems in People with Bulimia Nervosa and the Role of Interpersonal Psychotherapy (*New insights into the prevention and treatment of bulimia nervosa*: InTech.
- Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1999). Associations among parent-adolescent relationships, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls: A short-term longitudinal study. *Journal of Research on adolescence*, 9(4), 395-415.
- Archibald, A. B., Linver, M. R., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Parent-adolescent relationships and girls' unhealthy eating: Testing reciprocal effects. *Journal of Research on Adolescence*, 12(4), 451-461.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16(5), 427-454.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of parent and peer attachment (IPPA)*. University of Washington.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 683-697.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*.

- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beurs, E. d., Geerlings, S. W., & Tilburg, W. v. (2002). The impact of depression on the well - being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 293-309.
- Bester, G. (2007). Personality development of the adolescent: peer group versus parents. *South African Journal of Education*, 27(2).
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 454-462.
- Busseri, M. A., Rose-Krasnor, L., Willoughby, T., & Chalmers, H. (2006). A longitudinal examination of breadth and intensity of youth activity involvement and successful development. *Developmental psychology*, 42(6), 1313.
- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 155-164.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons - Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 81-90.
- Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique: approche systématique intégrée*. Dunod.
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Jose, P. E., & Pryor, J. (2010). Relationships between family connectedness and body satisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1392-1401.

- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Fairburn, C. G. (2001). *Eating disorders*. Wiley Online Library.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Garner, D. M. (2004). *EDI 3: Eating Disorder Inventory-3: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Guarnieri, S., Ponti, L., & Tani, F. (2010). The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA): A study on the validity of styles of adolescent attachment to parents and peers in an Italian sample. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(3), 103-130.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters’ disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.
- Harney, M. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., Maldonado, C. R., & Bardone-Cone, A. M. (2014). Negative affective experiences in relation to stages of eating disorder recovery. *Eating behaviors*, 15(1), 24-30.
- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627.
- Health, N. C. C. f. M. (2004). National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. *National Institute for Clinical Excellence*, 9(7), 2015.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177-196.

- Hilt, L. M., Roberto, C. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination mediates the relationship between peer alienation and eating pathology in young adolescent girls. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(3), 263-267.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., & Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120.
- Hughes, E. K., Burton, C., Le Grange, D., & Sawyer, S. M. (2017). The participation of mothers, fathers, and siblings in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-11.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G., & Bissada, H. (2015). Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach. *Comprehensive psychiatry*, 63, 80-87.
- Jones, A., Lindekilde, N., Lübeck, M., & Clausen, L. (2015). The association between interpersonal problems and treatment outcome in the eating disorders: a systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 563-573.
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2010). General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(6), 519-527.
- Koon, J. O. (1997). Attachment to parents and peers in late adolescence and their relationship with self-image. *Adolescence*, 32(126), 471.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.
- Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927.
- Lock, J., & le Grange, D. (2005). Family - based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S64-S67.

- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- McGuire, W. J., & McGuire, C. V. (1982). Significant others in self-space: Sex differences and developmental trends in the social self. *Psychological perspectives on the self, 1*, 71-96.
- McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S. E., & Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 27*(2), 125-139.
- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Nilsson, K., Engström, I., & Hägglöf, B. (2012). Family climate and recovery in adolescent onset eating disorders: A prospective study. *European eating disorders review, 20*(1), e96-e102.
- Paterson, J. E., Field, J., & Pryor, J. (1994). Adolescents' perceptions of their attachment relationships with their mothers, fathers, and friends. *Journal of youth and adolescence, 23*(5), 579-600.
- Pauzé, R., Couture, J., Lavoie, É., Pesant, C., Beauregard, C., Mailloux, S., & Mercier, M. (2008). L'intervention auprès du réseau d'amies et d'amis des adolescentes anorexiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*(1), 131-151.
- Pelletier Brochu, J., Meilleur, D., DiMeglio, G., Taddeo, D., Lavoie, E., Erdstein, J., . . . Frappier, J.-Y. (2018). Adolescents' perceptions of the quality of interpersonal relationships and eating disorder symptom severity: The mediating role of low self-esteem and negative mood. *Eating disorders, 1*-19.
- Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., & Madeley, M. C. (2009). Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 16*(4), 357-365.

- Pulos, S. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory with Eating Disorder Patients. *Educational and Psychological Measurement*, 56(1), 139-141.
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., . . . Tchanturia, K. (2016). The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 310-319.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive - interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
- Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67-83.
- Sharpe, H., Schober, I., Treasure, J., & Schmidt, U. (2014). The role of high-quality friendships in female adolescents' eating pathology and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(2), 159-168.
- Simmons, R. G., & Rosenberg, F. (1975). Sex, sex roles, and self-image. *Journal of youth and adolescence*, 4(3), 229-258.
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & Rohde, P. (2007). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 863-876.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.

- Swarr, A. E., & Richards, M. H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 32(4), 636.
- Treasure, J., Schmidt, U., & Macdonald, P. (2009). *The Clinician's Guide to Collaborative Caring in Eating Disorders: The New Maudsley Method*. Taylor & Francis.
- Wallis, A., Miskovic - Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., & Touyz, S. (2018). Family Functioning and Relationship Quality for Adolescents in Family - based Treatment with Severe Anorexia Nervosa Compared with Non - clinical Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 29-37.

Table 1.

Means (M), Standard Deviations (SD) and T-tests for the Primary Variables at T1 and T2

Variables	T1		T2		<i>t</i>
	M	SD	M	SD	
EDRC scores	48.31	11.33	42.31	9.62	3.51**
BDI scores	21.93	12.52	12.43	11.82	5.25**
Comm. Mother	37.71	8.42	37.89	8.60	-.16
Trust Mother	39.93	8.44	40.22	8.91	-.25
Alien. Mother	19.59	7.49	17.85	7.12	1.79
Comm. Father	31.90	7.90	32.51	9.56	-.53
Trust Father	40.61	6.57	39.34	8.07	1.12
Alien. Father	19.46	5.98	19.49	6.40	-.03
Comm. Peers	29.00	6.17	30.85	5.63	-2.24*
Trust Peers	39.52	7.67	41.52	6.69	-1.95
Alien. Peers	15.67	4.50	14.02	3.79	2.58*

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. EDRC = Eating Disorder Risk Composite (ED Severity) ;
BDI = Beck Depression Inventory (Negative Mood) ; Comm. =
Communication ; Alien. = Alienation

Table 2.

Zero-Order Correlations Among the Aspects of Relationship Quality with Mother, Father, and Peers and the Severity of Symptomatology (EDRC and BDI) at Time 1 and Time 2

	EDRC T1	BDI T1	EDRC T2	BDI T2
Mother Comm.				
T1	-.31*	-.30*	-.33*	-.29
T2	-.10	-.10	-.41**	-.43**
Mother Trust				
T1	-.38**	-.38**	-.23	-.24
T2	-.10	-.21	-.30*	-.52**
Mother Alien.				
T1	.40**	.42**	.29*	.29
T2	.21	.25	.44**	.49**
Father Comm.				
T1	-.39**	-.40**	-.34*	-.40**
T2	-.11	-.32*	-.38**	-.63**
Father Trust				
T1	-.32*	-.36*	-.14	-.27
T2	-.18	-.40*	-.27	-.64**
Father Alien.				
T1	.47**	.40**	.10	.12
T2	.20	.47**	.38**	.65**
Peers Comm.				
T1	-.11	-.17	-.10	-.17
T2	.06	.03	-.30*	-.45**
Peers Trust				
T1	-.20	-.31*	-.24	-.31*
T2	-.06	-.11	-.37**	-.53**
Peers Alien.				
T1	.50**	.64**	.18	.20
T2	.22	.26	.37**	.46**

Note. *p<.05; **p<.01. EDRC = Eating Disorder Risk Composite (ED Severity) ; BDI = Beck Depression Inventory (Negative Mood) ; Comm. = Communication ; Alien. = Alienation

Table 3.

Multiple Regressions for Changes in the Levels of Communication in the Different Relationships Predicting ED Severity (EDRC) and Negative Mood (BDI) at Follow-Up

Predictors	EDRC T2			BDI T2		
	B	SE B	β	B	SE B	β
EDRC T1 or BDI T1	.25	.12	.29*	.41	.11	.44**
Mother Comm. T1	-.35	.18	-.30	-.28	.17	-.21
Father Comm. T1	-.16	.20	-.12	-.25	.19	-.17
Peer Comm. T1	-.25	.26	-.16	-.52	.24	-.28*
Δ Mother Comm.	-.16	.22	-.12	-.22	.20	-.14
Δ Father Comm.	-.32	.21	-.22	-.46	.20	-.27*
Δ Peer Comm.	-.43	.29	-.25	-.81	.26	-.40**

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. EDRC = Eating Disorder Risk Composite (ED Severity) ; BDI = Beck Depression Inventory (Negative Mood) ; RQ = Quality of the Relationships; Δ RQ = Improvements in the Quality of the Relationships Between the Two Time Points.

Table 4.

Multiple Regressions for Changes in the Levels of Trust in the Different Relationships Predicting ED Severity (EDRC) and Negative Mood (BDI) at Follow-Up

Predictors	EDRC T2			BDI T2		
	B	SE B	β	B	SE B	β
EDRC T1 or BDI T1	.23	.13	.27	.38	.13	.40**
Mother Trust T1	-.23	.22	-.19	-.27	.20	-.19
Father Trust T1	.12	.27	.08	-.06	.26	-.04
Peer Trust T1	-.42	.26	-.33	-.47	.24	-.31
Δ Mother Trust	-.02	.24	-.02	-.34	.22	-.22
Δ Father Trust	-.29	.24	-.20	-.41	.24	-.24
Δ Peer Trust	-.38	.26	-.27	-.58	.25	-.35*

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. EDRC = Eating Disorder Risk Composite (ED Severity) ; BDI = Beck Depression Inventory (Negative Mood) ; RQ = Quality of the Relationships; Δ RQ = Improvements in the Quality of the Relationships Between the Two Time Points.

Table 5.

Multiple Regressions for Changes in the Levels of Alienation in the Different Relationships Predicting ED Severity (EDRC) and Negative Mood (BDI) at Follow-Up

Predictors	EDRC T2			BDI T2		
	B	SE B	β	B	SE B	β
EDRC T1 or BDI T1	.29	.13	.35*	.52	.15	.56**
Mother Alien. T1	.43	.22	.32	.39	.21	.25
Father Alien. T1	.01	.28	.01	-.00	.28	-.00
Peer Alien. T1	.20	.39	.09	.18	.41	.07
Δ Mother Alien.	-.44	.23	-.28	-.55	.23	-.30*
Δ Father Alien.	-.53	.24	-.32*	-.50	.27	-.25
Δ Peer Alien.	-.39	.37	-.18	-.99	.37	-.38*

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. EDRC = Eating Disorder Risk Composite (ED Severity) ; BDI = Beck Depression Inventory (Negative Mood) ; RQ = Quality of the Relationships; Δ RQ = Improvements in the Quality of the Relationships Between the Two Time Points.

Chapitre 4 : Discussion

Dans ce dernier chapitre, un retour sur les résultats obtenus dans les deux études effectuées sera fait, à la lumière des objectifs et hypothèses initialement proposés. Par la suite, les apports distinctifs et originaux de la thèse seront exposés ainsi que les principales implications cliniques qui s'en dégagent. Enfin, les limites des études menées dans le cadre du présent travail ainsi que les perspectives de recherches futures seront abordées.

4.1. Retour sur les objectifs et hypothèses

4.1.1. Premier article

La première étude visait spécifiquement à déterminer si les niveaux perçus de communication, de confiance et d'aliénation (c.-à-d., conflits, détachement) dans les interactions avec la mère, le père et les amis sont associés à la sévérité des symptômes de TCA à l'arrivée dans les services spécialisés chez des adolescentes ayant un diagnostic d'anorexie. De plus, en lien avec la conceptualisation proposée dans le modèle IP-TCA, les rôles médiateurs de l'estime de soi faible ainsi que de l'humeur négative dans ces associations ont également été examinés.

Dans un premier temps, les résultats de l'étude ont permis d'établir que, lorsque les différents aspects relationnels sont examinés simultanément, les niveaux perçus d'aliénation dans les relations avec la mère et avec les amis sont les seules variables à être associées à la sévérité des symptômes de TCA à l'arrivée dans les services. Spécifiquement, les

adolescentes qui perçoivent davantage de conflits et de détachement dans leurs interactions avec leur mère et leurs pairs présentent également davantage de comportements et d'attitudes problématiques à l'égard du poids, de l'alimentation et de l'image corporelle. Les aspects positifs des relations interpersonnelles (c.-à-d., communication et confiance) ainsi que les éléments se rapportant à la qualité des interactions avec le père n'ont pas été associés individuellement à la sévérité des symptômes de TCA, lorsque l'ensemble des variables relationnelles était considéré. Ces résultats sont en concordance avec ceux obtenus dans d'autres travaux menés auprès d'adolescentes sans TCA et ayant démontré des associations significatives entre des niveaux plus élevés de problèmes alimentaires et les aspects négatifs (c.-à-d., aliénation), mais pas les aspects positifs (c.-à-d., communication et confiance) des relations avec les amis (Schutz & Paxton, 2007; Sharpe, Schober, Treasure, & Schmidt, 2014). De plus, dans une étude comparative ayant examiné simultanément plusieurs éléments se rapportant à la qualité des relations interpersonnelles, il a été démontré que les niveaux d'aliénation dans la relation avec la mère et dans les interactions avec les pairs sont les variables permettant de mieux différencier les adolescentes souffrant d'anorexie de celles issues d'un groupe contrôle (Cunha, Relvas, & Soares, 2009). La littérature suggère également que les dimensions négatives des relations interpersonnelles sont généralement plus fortement associées aux problèmes d'ajustement globaux que les dimensions positives chez les individus issus de la population normale (Newsom, Rook, Nishishiba, Sorkin, & Mahan, 2005; Schuster, Kessler, & Aseltine Jr, 1990). Les résultats de la première étude tendent donc à corroborer ces différentes données, tout en mettant de l'avant la contribution des relations avec la mère et avec les amis.

Dans un second temps, la première étude a également permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle l'estime de soi faible et l'humeur négative agissent à titre de variables médiatrices dans les associations entre l'aliénation dans les relations avec la mère et les amis et la sévérité des symptômes de TCA. Plus précisément, les résultats indiquent que les adolescentes qui rapportent davantage de conflits et de détachement dans leurs interactions avec leur mère et avec leurs amis présentent une estime d'eux-mêmes plus faibles ainsi que des niveaux plus élevés d'humeur négative, ce qui, en retour, est associé à des problèmes alimentaires plus sévères. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à fournir un support préliminaire appuyant la conceptualisation proposée dans le modèle IP-TCA au sein d'un échantillon d'adolescentes. Il est donc difficile de mettre les résultats en perspective par rapport aux travaux précédents. Toutefois, dans une étude menée auprès d'adultes sans diagnostic de TCA, il avait été démontré que des niveaux plus élevés de problèmes interpersonnels étaient associés à une estime de soi plus faible et, en retour, à une surévaluation du poids (Lampard, Byrne, & McLean, 2011), ce que les résultats de la présente thèse tendent à corroborer. De plus, d'autres auteurs ont également démontré que les problèmes interpersonnels étaient associés à des niveaux plus élevés d'émotions négatives, ce qui en retour était relié à des symptômes de TCA plus sévères chez des femmes adultes souffrant d'anorexie et de boulimie (Ivanova, Tasca, Proulx, & Bissada, 2015). La première étude effectuée dans le cadre de la présente thèse vient donc appuyer ces conclusions, tout en suggérant l'applicabilité du modèle IP-TCA aux adolescentes souffrant d'anorexie mentale.

4.1.2. Deuxième article

Dans le cadre de la deuxième étude, qui a été menée auprès d'adolescents présentant différents types de TCA (majoritairement AN-R; 66.7%) et suivis pour ces problématiques, les

objectifs étaient divisés en deux volets. D'abord, la recherche visait à déterminer si les niveaux perçus de communication, de confiance et d'aliénation dans les relations avec la mère, le père et les amis à l'arrivée dans les services sont associés à la sévérité des symptômes de trouble alimentaire et à l'humeur négative quinze mois plus tard. Ces associations longitudinales ont également été examinées dans le sens inverse. Dans un second temps, l'étude visait également à déterminer si l'amélioration des aspects positifs et négatifs des relations interpersonnelles avec la mère, le père et les amis serait associée de manière différentielle à la sévérité des symptômes de TCA et à l'humeur négative sur une période de quinze mois, et ce en contrôlant pour les niveaux initiaux des différentes variables.

Les résultats ont d'abord démontré que les adolescents qui perçoivent une meilleure communication dans leurs relations avec leur mère et leur père, ainsi que des niveaux plus faibles d'aliénation envers leur mère à l'arrivée dans les services, présentent des symptômes de TCA moins sévères quinze mois plus tard. Ces résultats vont dans le sens d'autres études menées auprès de jeunes sans TCA et ayant démontré que les participants qui rapportent initialement davantage de problèmes dans leurs relations avec leurs parents présentent également des niveaux plus élevés d'attitudes et de comportements problématiques à l'égard du poids et de l'alimentation un an plus tard (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 1999; Byely, Archibald, Graber, & Brooks - Gunn, 2000). Toutefois, contrairement à ce qui a été rapporté dans d'autres études effectuées auprès d'échantillons non-cliniques (Archibald, Linver, Graber, & Brooks-Gunn, 2002; Crespo, Kielpikowski, Jose, & Pryor, 2010), les données de la présente thèse ne supportent pas la présence d'associations réciproques entre la qualité des relations interpersonnelles et l'intensité des symptômes de TCA. En effet, la

sévérité initiale des conduites alimentaires pathologiques n'a pas été associée à la qualité des relations interpersonnelles avec la mère, le père ou les amis quinze mois plus tard, dans la présente étude. Ainsi, chez les adolescents qui nécessitent une prise en charge dans les services spécialisés, ce serait plutôt la qualité des relations avec la mère et le père à leur arrivée qui influencerait la sévérité des symptômes de TCA dans le temps, et non l'inverse. À cet égard, il est possible que les jeunes qui communiquent plus facilement avec leurs parents et dont la relation avec la mère est moins conflictuelle dès le départ, soient davantage en mesure de bénéficier de l'intervention, ce qui pourrait expliquer qu'ils présentent des problèmes alimentaires moins sévères quinze mois plus tard. Encore une fois, ces conclusions doivent être interprétées prudemment puisque les résultats de la thèse ne permettent pas de conclure à un lien de causalité entre les variables. Il est d'ailleurs important de noter que la majorité de ces associations n'étaient pas significatives lorsque les niveaux initiaux de symptomatologie ainsi que l'amélioration des variables relationnelles ont été pris en compte, bien que certaines tendances aient été observées.

Par ailleurs, toujours en lien avec le premier volet de cette deuxième étude, il a été démontré que les adolescents qui perçoivent une meilleure communication avec leur père et qui ont davantage confiance en leurs amis à l'arrivée dans les services rapportent des niveaux plus faibles d'humeur négative au deuxième temps de mesure. De plus, les participants ayant des niveaux d'humeur négative moins élevés à l'arrivée rapportent des relations plus positives en termes de communication, de confiance et d'aliénation avec leur père quinze mois plus tard. Ces résultats concordent davantage avec la conceptualisation postulant des associations bidirectionnelles entre la qualité des interactions et la symptomatologie associée aux TCA

(Rieger et al., 2010), mais suggèrent que ce patron d'effets réciproques est particulièrement applicable à la relation père-adolescent et à l'humeur négative. Contrairement à ce qui était anticipé, aucune corrélation significative n'a été rapportée entre la qualité de la relation avec la mère au premier temps de mesure et l'humeur négative quinze mois plus tard. Ainsi, il est possible de postuler que, chez les adolescents ayant des niveaux plus élevés d'humeur négative, les interactions avec le père sont plus susceptibles de se détériorer au fil du traitement, ce qui en retour, peut accentuer l'humeur négative du jeune et avoir un impact sur l'évolution du trouble. Cette perspective concorde avec les conclusions de certaines études ayant démontré que les pères d'adolescents ayant un TCA perçoivent généralement une évolution moins favorable de la qualité des interactions familiales au cours du traitement, comparativement aux mères qui rapportent généralement une amélioration du fonctionnement familial (Wallis et al., 2018). Il importe toutefois de nuancer ces conclusions en tenant compte de la nature exploratoire des analyses menées dans la présente thèse puisqu'elles ne permettent pas de conclure hors de tout doute à la présence d'associations bidirectionnelles entre la qualité des relations avec le père et l'humeur négative.

En ce qui a trait au second volet de l'étude, les résultats, bien qu'ils soient exploratoires sont en concordance avec les conclusions d'études précédentes suggérant que les changements dans la qualité des interactions interpersonnelles tendent à co-évoluer avec les changements au niveau de la sévérité des symptômes chez les personnes souffrant d'un TCA (Cook-Darzens, 2002). La présente thèse suggère toutefois que cette notion est particulièrement applicable aux difficultés psychologiques de manière plus globale, telle que l'humeur négative. Spécifiquement, dans la deuxième étude, une plus grande amélioration de

la communication perçue dans les interactions avec le père et les amis, mais pas avec la mère, a été associée à des niveaux plus faibles d'humeur négative au deuxième temps de mesure, et ce en tenant compte de la symptomatologie de base et de la qualité initiale de la communication. De plus, des améliorations plus importantes au niveau de la confiance dans les relations avec les amis et avec le père ont été identifiées comme étant des prédicteurs uniques de l'humeur négative quinze mois plus tard, en contrôlant pour les variables initiales. Au contraire, aucune association n'a été établie entre les changements au niveau de la communication et de la confiance dans les trois types de relations interpersonnelles et la sévérité des symptômes de TCA. Ainsi, l'amélioration des aspects positifs (c.-à-d., communication, confiance) des relations interpersonnelles avec le père et les amis au fil du traitement semblent particulièrement reliés à l'humeur négative quinze mois plus tard chez les adolescents aux prises avec un TCA.

Au niveau des aspects négatifs des relations interpersonnelles, une diminution plus importante des conflits et du détachement dans les relations avec la mère et les amis, mais pas avec le père, a été associée à une amélioration de l'humeur quinze mois plus tard, après avoir contrôlé pour les niveaux de base. Ce résultat tend à être en concordance avec les conclusions de la première étude de la thèse qui avait souligné le rôle médiateur de l'humeur négative dans les associations transversales entre l'aliénation dans les relations avec la mère et avec les amis et la sévérité des TCA (Pelletier Brochu et al., 2018). Toutefois, il est intéressant de noter que, dans la seconde étude, une plus grande diminution des conflits et du détachement à l'égard du père, mais pas avec la mère ou les amis, a été identifié comme étant un prédicteur unique d'une intensité plus faible des symptômes spécifiques aux TCA au deuxième temps de mesure.

Bien que ces résultats soient plus difficiles à interpréter et à mettre en perspective par rapport à d'autres travaux de recherche, ils appuient l'importance d'examiner les liens longitudinaux entre la sévérité de la symptomatologie et les relations interpersonnelles, en tenant compte à la fois de la qualité initiale des interactions, mais également de l'évolution de la perception des aspects positifs et négatifs des interactions familiales et sociales au fil du traitement.

4.2. Intégration des résultats des deux études

La synthèse des résultats obtenus dans le cadre des deux études permet de confirmer la présence d'associations entre la qualité des relations interpersonnelles et les TCA à l'adolescence, sans toutefois qu'il soit possible de conclure à un lien de causalité entre ces variables. En ce sens, la thèse suggère que les effets observés ainsi que leur direction sont susceptibles de varier en fonction du type de symptômes étudiés (c.-à-d., attitudes et comportements problématiques à l'égard du poids et de l'alimentation, ajustement psychologique plus général) et du type de relations interpersonnelles (c.-à-d., mère, père, amis) qui est considéré. Pris dans leur ensemble, les conclusions de la thèse supportent donc la pertinence de considérer séparément les différents types de relations interpersonnelles qui sont centrales à l'adolescence puisqu'elles ne contribuent pas nécessairement toutes de la même manière à la symptomatologie associée aux TCA.

D'une part, il est possible de conclure que les interactions avec la mère, particulièrement lorsqu'elles sont caractérisées par des niveaux élevés de conflits et de détachement, sont reliées aux TCA. Sans établir de lien de causalité entre ces variables, il semble que la qualité de la relation mère-adolescent à l'arrivée dans les services est le type de

relations interpersonnelles qui est le plus susceptible de prédire la sévérité et l'évolution des symptômes de TCA dans le temps. Ce résultat reflète potentiellement le fait que la mère passe davantage de temps en présence du jeune, comparativement au père ou aux amis par exemple, et son rôle parental est également plus susceptible d'être relié directement aux comportements alimentaires à modifier (p.ex., préparation et supervision des repas, gestion des rendez-vous avec l'équipe traitante). Certaines études ont démontré que les mères de jeunes présentant un TCA rapportent plus de détresse émotionnelle, d'anxiété et un sentiment de fardeau plus important comparativement aux autres personnes de l'entourage, incluant le père (Blondin & Meilleur, 2016; Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008; Rhind et al., 2016). Les difficultés vécues par la mère sur le plan psychologique et l'épuisement parfois associé au fait de prendre soin d'une personne souffrant d'un TCA peuvent venir affecter négativement les interactions avec le jeune et contribuer involontairement au maintien des symptômes (Rienecke, Accurso, Lock, & Le Grange, 2016). De plus, en lien avec le modèle IP-TCA et sur la base des résultats de la présente thèse, il est possible de suggérer que les conflits et le détachement perçus dans la relation avec la mère sont associés à une plus faible estime de soi et à davantage d'humeur négative chez les adolescents aux prises avec un TCA, ce qui en retour peut avoir un impact sur la sévérité de leurs problèmes alimentaires. Il est toutefois difficile d'établir avec certitude la temporalité des associations entre la qualité des relations avec la mère et les symptômes de TCA. La possibilité que les liens entre ces variables soient réciproques ne peut être exclue, mais les conclusions tendent tout de même à suggérer qu'une meilleure communication et des niveaux plus faibles d'aliénation dans les interactions avec la mère en début de traitement sont associés à une diminution des attitudes et comportements alimentaires problématiques après plusieurs mois, mais pas l'inverse.

Par ailleurs, les conclusions globales de la thèse permettent également de valider l'importance des relations avec le père dans le maintien et l'évolution des TCA à l'adolescence, tout en précisant davantage les aspects du fonctionnement qui semblent être reliés à ce type d'interactions. Malgré une reconnaissance de plus en plus grande de la pertinence d'inclure le père dans les interventions offertes aux adolescents qui présentent un TCA, la contribution des aspects de la relation père-adolescent au maintien de ces problématiques demeure relativement peu étudiée (Leonidas & dos Santos, 2014). À ce jour, il a été démontré que, lorsque différents types de relations sont considérés simultanément, les aspects se rapportant aux interactions avec la mère et les amis sont plus fortement associés aux TCA que les aspects de la relation avec le père (Cunha et al., 2009). Les conclusions de la présente thèse sont en concordance avec ces résultats, mais suggèrent cependant que la qualité des interactions père-adolescent est potentiellement plus fortement reliée à d'autres aspects du fonctionnement psychologique, comme l'humeur négative, plutôt qu'aux symptômes spécifiques de TCA. Ainsi, les études qui se sont concentrées sur les facteurs relationnels permettant de prédire exclusivement l'intensité des problèmes alimentaires des jeunes aux prises avec un TCA ont potentiellement sous-estimé la contribution des interactions avec le père au maintien et à l'évolution de ces problématiques. Bien que les liens de causalité entre ces variables ne puissent être établis sur la base des résultats actuels, la présente thèse tend à soutenir un modèle d'associations réciproques entre la qualité des relations avec le père et les problèmes psychologiques chez les jeunes souffrant d'un TCA. Les aspects positifs et négatifs de la relation avec le père tendraient également à co-évoluer avec les niveaux d'humeur négative au cours du traitement. Ainsi, l'amélioration de la communication et de la gestion des

conflits entre le père et l'adolescent serait susceptible de favoriser l'amélioration de l'humeur du jeune, et vice versa. Il est possible que le fait d'intervenir sur ces associations bidirectionnelles puisse éventuellement contribuer à une diminution de la sévérité des symptômes de TCA en favorisant, par exemple, des interactions plus positives entre l'adolescent et sa mère. En ce sens, il a été suggéré que les relations positives entre le père et le jeune peuvent faciliter le processus d'individuation et contribuer à une diminution de l'enchevêtrement dans les relations mère-adolescent (Kalter, Riemer, Brickman, & Chen, 1985; Rowa, Kerig, & Geller, 2001), en plus de favoriser un certain équilibre des rôles d'aidants au sein du couple parental (Treasure, Schmidt, & Macdonald, 2009). L'interaction entre la qualité des relations avec la mère et le père serait donc particulièrement importante afin de prédire le rétablissement global du jeune atteint d'un TCA. Cette conceptualisation est pertinente à la lumière des résultats de la présente thèse et pourrait expliquer, en partie, pourquoi la qualité des interactions avec le père n'est pas un prédicteur unique de la sévérité des symptômes de TCA lorsque différents types de relations interpersonnelles, incluant avec la mère, sont considérés simultanément.

Pris dans leur ensemble, les résultats des deux études viennent également appuyer un courant de la littérature en émergence, mais qui continue d'être peu exploré empiriquement, soit celui portant sur l'étude des liens entre les relations avec les amis et les conduites alimentaires pathologiques à l'adolescence. À cet effet, le modèle IP-TCA souligne l'impact distinctif que peuvent avoir les relations d'amitié et l'approbation par les pairs sur l'estime de soi, l'humeur et les problèmes alimentaires à l'adolescence (Rieger et al., 2010). Les conclusions de la thèse supportent, en partie, la notion selon laquelle les adolescents ayant un

TCA qui perçoivent davantage d'aliénation dans leurs interactions avec leurs amis présentent une estime d'eux-mêmes plus faible et des niveaux plus élevés d'humeur négative, ce qui en retour est associé à des symptômes de TCA plus sévères. Au niveau longitudinal, la temporalité de ces associations semble toutefois plus difficile à établir et les résultats sont plus nuancés. Néanmoins, les conclusions suggèrent qu'une amélioration des aspects positifs et négatifs des relations avec les amis tend à co-évoluer avec une amélioration de l'humeur chez les adolescents atteints d'un TCA. Ce résultat est particulièrement important et novateur puisque la majorité des interventions mettent l'accent sur les relations familiales et très peu d'écrits ont examiné la qualité des relations avec les amis en lien avec la symptomatologie associée aux TCA. Or, l'amélioration de la confiance et de la communication ainsi qu'une diminution de l'aliénation dans les interactions avec les amis pourraient potentiellement représenter des leviers d'intervention intéressants, particulièrement dans le contexte où les parents sont fortement sollicités par le traitement et peuvent en venir à avoir des réactions plus critiques à l'égard du jeune présentant un TCA. Dans l'ensemble, les résultats soulignent donc la pertinence d'évaluer la qualité de plusieurs relations interpersonnelles qui sont centrales à l'adolescence afin d'intervenir de manière plus efficace et ciblée auprès de cette population.

4.3. Implications cliniques

La présente thèse permet de faire ressortir plusieurs implications intéressantes sur le plan clinique et qui sont susceptibles de s'avérer utiles pour les professionnels travaillant auprès d'adolescents souffrant d'un TCA et de leur famille. De prime abord, les résultats de la thèse soutiennent la pertinence d'évaluer le fonctionnement interpersonnel du jeune (p.ex., taille du réseau social, types de relations interpersonnelles, satisfaction par rapport aux

interactions, aspects positifs et négatifs des relations) et d'intervenir sur le plan relationnel dans le cadre des interventions destinées aux adolescents présentant des conduites alimentaires pathologiques. La thérapie d'orientation familiale (FBT ; *Family Based Therapy*) constitue d'ailleurs l'intervention bénéficiant du plus grand soutien empirique dans le traitement des TCA à l'adolescence pour le moment (Lock, 2010) et les conclusions de la thèse fournissent un appui indirect supplémentaire à l'utilisation de ce type d'approche, tout en précisant certains aspects des relations avec les parents (c-à-d. : aliénation et détachement) qui sont plus susceptibles d'être reliés à la sévérité des symptômes et qui pourraient faire l'objet d'un travail thérapeutique plus ciblé.

D'une part, le portrait global qui se dégage des résultats soutient l'importance d'impliquer les deux parents dans l'intervention. De manière générale, il est reconnu que les pères d'adolescents ayant un TCA ont souvent un rôle d'aidant secondaire dans le traitement, comparativement à la mère qui est plus susceptible d'être directement impliquée dans les différentes interventions auprès du jeune (p.ex., préparation et supervision lors des repas, accompagnement lors des rendez-vous avec l'équipe traitante) (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014; Sepúlveda et al., 2012). Selon les conclusions de la thèse, les interventions visant à améliorer la communication et à diminuer les conflits dans les relations entre l'adolescent et sa mère et son père sont susceptibles de favoriser un rétablissement plus global, en contribuant à la fois à l'amélioration des symptômes de TCA et à une diminution de l'humeur négative. En ce sens, il apparaît pertinent pour les cliniciens de souligner les bénéfices d'une implication complémentaire des deux parents, tout en aidant la mère et le père à identifier les différents aspects de leur rôle d'aidant dans le traitement. Par exemple, alors

que les interactions positives avec la mère peuvent contribuer au rétablissement en ayant un impact plus direct sur les symptômes spécifiques aux TCA (p.ex., insatisfaction corporelle, recherche de minceur, estime de soi), le fait d'améliorer ou de préserver la qualité de la relation avec le père tout au long du traitement peut potentiellement contribuer à protéger le jeune face à d'autres difficultés connexes, comme la présence de hauts niveaux d'humeur négative. Il a également été suggéré que les pères d'adolescents atteints d'un TCA, lorsqu'ils sont impliqués dans le traitement, sont souvent plus en mesure de se dégager des émotions négatives associées au fait de prendre soin d'un jeune présentant ce type de problématiques (p.ex., colère, anxiété, surprotection) afin d'appliquer plus objectivement les instructions de l'équipe traitante (Treasure et al., 2009). Ainsi, l'implication de la mère et du père dans le traitement favoriserait un certain équilibre des rôles d'aidants tout en allégeant potentiellement le sentiment de fardeau de chacun des parents, ce qui en retour serait susceptible de contribuer au rétablissement du jeune et à son ajustement psychologique global. Dans l'ensemble, les résultats soutiennent l'importance pour les cliniciens de mettre de l'avant la pertinence d'une approche collaborative entre les parents.

Il importe également de souligner que, dans le cadre de plusieurs modalités thérapeutiques impliquant la famille et qui sont proposées en première ligne pour les personnes atteintes d'un TCA (p.ex., FBT), les difficultés relationnelles et les problèmes familiaux sont généralement explorés uniquement dans les dernières étapes, lorsque l'intensité des symptômes est moindre et que l'état physique et psychologique du patient est stabilisé (Lock, Le Grange, & Russell, 2012). Plusieurs intervenants assument également que les problèmes interpersonnels sont principalement une conséquence du TCA et se résorberont

avec l'amélioration des symptômes. Les résultats de la présente thèse suggèrent toutefois qu'il pourrait être pertinent que ces éléments soient discutés plus tôt dans l'intervention, particulièrement auprès des familles où il semble y avoir un déséquilibre au niveau de l'implication des deux parents. Le fait d'aider le jeune et ses parents à mieux communiquer et à prendre conscience des différentes dynamiques relationnelles qui sont présentes au sein de la famille, mais également au niveau dyadique (p.ex., mère-adolescent, père-adolescent), est susceptible de s'avérer bénéfique pour le rétablissement de l'adolescent.

En ce sens, il peut aussi être pertinent de sensibiliser le jeune et ses parents aux impacts que les symptômes de TCA peuvent avoir sur la qualité de leurs interactions. En effet, la distance normative qui peut parfois s'installer entre l'adolescent et ses parents à cette période du développement peut être amplifiée par les problèmes alimentaires et devenir problématique, voire nuire au rétablissement. Certains auteurs conceptualisent d'ailleurs les symptômes de TCA comme étant une tentative d'affirmation du jeune face à une impasse développementale, où il tente d'acquérir une autonomie par rapport aux figures parentales tout en maintenant une relation de dépendance avec celles-ci (Bruch, 1973; Jeammet, 1989). Ces difficultés de séparation-individuation, souvent présentes chez les personnes souffrant d'un TCA (O'Kearney, 1996; Rhodes & Kroger, 1992), peuvent entraîner des enjeux relationnels importants et venir accentuer les conflits et le sentiment d'aliénation dans les interactions parents-adolescent. La nature du trouble, les risques médicaux qui en découlent ainsi que l'intensité des interventions recommandées sont autant de facteurs qui sont susceptibles de retarder considérablement l'acquisition d'une autonomie et d'une identité propre chez l'adolescent atteint d'un TCA et donc par le fait même, de nuire considérablement à ses

relations avec sa mère et son père. D'un point de vue clinique, il apparaît donc pertinent que l'adolescent et ses parents soient encouragés à réfléchir à l'impact que les différents processus relationnels peuvent avoir sur les symptômes de TCA, mais également à la manière dont les comportements et attitudes problématiques à l'égard du poids et de l'alimentation peuvent venir influencer les interactions familiales.

Par ailleurs, la pression associée au fait de prendre soin d'un jeune souffrant d'un TCA a été associée à un sentiment de fardeau important chez les parents et à des niveaux élevés de détresse psychologique dans certains cas (Blondin & Meilleur, 2016; Duclos, Vibert, Mattar, & Godart, 2012). Des auteurs ont également souligné que l'épuisement et le stress vécus par les parents en lien avec le TCA peuvent les amener à avoir des réactions peu aidantes (c.-à-d., commentaires critiques, comportements d'accommodation, etc.) face aux comportements problématiques du jeune (Kyriacou et al., 2008; Zabala, Macdonald, & Treasure, 2009). Il est possible que ces différents éléments influencent négativement la qualité des interactions parents-adolescent. Selon les résultats de la thèse, la qualité de la relation avec le père serait particulièrement susceptible d'être influencée par l'intensité de l'humeur négative de l'adolescent. En tant que professionnel, il peut être pertinent de s'interroger à savoir si l'accent qui est souvent mis sur les symptômes spécifiques aux TCA et les interventions familiales qui en découlent peuvent parfois faire en sorte d'accentuer la distance dans les relations père-adolescent, en favorisant, par exemple, l'implication de la mère dans le traitement. Le fait que le père soit moins impliqué dans le traitement peut faire en sorte que le jeune perçoive un désinvestissement et un détachement de la part de celui-ci, ce qui peut contribuer au cycle de maintien des difficultés, particulièrement sur le plan psychologique. Une meilleure adhésion

du père aux séances de thérapies familiales, en plus de la participation active de la mère, a d'ailleurs été associée à un devenir plus favorable chez des jeunes souffrant d'un TCA (Hughes, Burton, Le Grange, & Sawyer, 2017). Ainsi, il est possible de penser que l'amélioration du soutien offert aux deux parents et la clarification de leur rôle collaboratif dans le cadre des différentes étapes de l'intervention pourraient contribuer à préserver la qualité des relations entre les membres de la famille et ainsi améliorer le pronostic. Il apparaît donc pertinent, d'un point de vue clinique, d'amener les parents à réfléchir à leur rôle en tant qu'agents de changement thérapeutique, tout en étant conscients que ces derniers sont souvent eux-mêmes très affectés par le trouble de leur adolescent. Il s'agit d'ailleurs de l'un des principes de base de la FBT (Lock, 2010).

Par ailleurs, une autre implication clinique très importante de la présente thèse concerne le soutien préliminaire apporté aux interventions visant l'amélioration des relations avec les amis. Plusieurs formes d'interventions utilisées auprès des adolescents souffrant d'un TCA, dont la thérapie cognitivo-comportementale améliorée (TCC-E) (Fairburn, 2008) et la thérapie comportementale dialectique (TCD) (Rathus & Miller, 2014), incluent généralement un volet thérapeutique visant l'amélioration des interactions sociales et des habiletés relationnelles. D'autres cliniciens, bien que moins nombreux, proposent également une approche thérapeutique visant plus directement à réactiver les relations avec le groupe d'amis de jeunes aux prises avec un TCA, en incluant ces derniers dans le processus d'intervention (Pauzé et al., 2008). L'adolescent souffrant d'un TCA et ses amis sont ainsi invités à participer à des rencontres d'éducation psychologique menées par un intervenant de l'équipe soignante et qui visent essentiellement à aborder des thèmes se rapportant aux relations

sociales à l'adolescence (p.ex., changements dans les relations, sentiment d'exclusion, stratégies d'insertion dans un groupe, etc.). L'efficacité de ces différentes interventions a été démontrée (Couture, 2008; Dalle Grave, Calugi, Doll, & Fairburn, 2013; MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2013) et les résultats de la présente thèse viennent appuyer davantage l'importance de s'intéresser aux relations d'amitié des jeunes présentant un diagnostic de TCA. Spécifiquement, selon les conclusions de la thèse, les approches thérapeutiques visant l'amélioration des relations d'amitié des adolescents présentant un TCA devraient avoir comme objectif de diminuer l'aliénation et le sentiment de distance pouvant s'installer dans ces interactions, tout en améliorant la communication et la confiance. Encore à ce jour, il est surprenant de constater le peu d'interventions qui incluent directement le groupe d'amis comme levier de changement dans le traitement des TCA, et ce malgré le rôle central des pairs à l'adolescence. Bien que les efforts de prévention en lien avec les conduites alimentaires pathologiques ciblent généralement directement le groupe de pairs, surtout en milieu scolaire, les interventions menées auprès des amis afin de faciliter la réintégration du jeune dans son milieu de vie suite à une hospitalisation et de diminuer la stigmatisation entourant les TCA sont quasi-inexistantes. Ce type d'interventions, sans être nécessairement le traitement de première ligne à prioriser, pourrait venir compléter les autres interventions menées sur les plans individuel et familial et favoriser un rétablissement plus global des différents symptômes associés aux TCA, tout en prévenant le risque de rechutes.

Dans le même ordre d'idées, les résultats de la thèse soulèvent également certaines réflexions quant aux choix de traitement qui doit être priorisé à l'adolescence. Spécifiquement, il est possible de penser que les hospitalisations de longues durées peuvent avoir un impact

négalif sur les relations interpersonnelles du jeune souffrant d'un TCA, en limitant, par exemple, les contacts avec les membres de sa famille, mais surtout avec le groupe de pairs. Selon les résultats des deux études de la thèse, le sentiment d'aliénation et de distance dans les interactions familiales et sociales que cela peut engendrer est susceptible de contribuer à la sévérité des symptômes de TCA, tout en nuisant potentiellement à l'estime de soi et à l'humeur de l'adolescent. De plus en plus, les cliniciens et chercheurs ont tendance à argumenter en faveur du recours à des interventions qui permettent aux jeunes de demeurer dans son milieu de vie (p.ex., suivi externe) (Gowers et al., 2007; Lock, 2010). Les hospitalisations, lorsqu'elles sont absolument nécessaires, devraient viser une stabilisation de l'état physique du jeune (c.-à-d., reprise pondérale et signes vitaux stables) et un retour rapide à la maison par la suite (Fennig, Brunstein Klomek, Shahar, Sarel - Michnik, & Hadas, 2017; Willer, Thuras, & Crow, 2005). La présente thèse fournit un appui indirect à cette vision clinique en soulignant l'importance pour l'adolescent qui souffre d'un TCA de préserver des relations positives avec sa mère, son père, mais également avec ses amis. En ce sens, lorsque la condition de l'adolescent nécessite une hospitalisation ou une autre forme de traitement résidentiel, des interventions brèves visant à améliorer ou à préserver la qualité des relations avec les parents et les amis pourraient être mises en place en impliquant directement ces derniers. Dans certains cas, des moyens technologiques (p.ex., appels vidéo) pourraient même être mis à profit afin d'encourager des interactions positives entre le jeune atteint d'un TCA, ses parents et ses amis, dans un contexte encadré par les professionnels spécialisés.

En somme, les conclusions de la thèse soutiennent donc la notion selon laquelle l'accent doit être mis sur les approches systémiques qui s'intéressent aux différentes relations

interpersonnelles dans la conceptualisation et l'élaboration des plans de traitement pour les jeunes aux prises avec un TCA. La qualité des relations familiales et sociales peut être modifiée par le biais d'interventions visant directement le jeune, mais également son entourage. Il s'agit donc d'un levier de traitement pertinent, particulièrement dans le contexte où les patients atteints d'un TCA sont souvent peu motivés à aborder les enjeux se rapportant directement à leur trouble, tel que l'image corporelle, le poids et l'alimentation. Par ailleurs, étant donné que les problèmes relationnels semblent être présents chez plusieurs jeunes dès l'arrivée dans les services, la possibilité que la qualité des interactions familiales et sociales contribue à la symptomatologie associée aux TCA ne peut être exclue, d'où l'importance de cibler ces difficultés dans le cadre de l'intervention.

4.4. Apports distinctifs de la thèse

Prise dans son ensemble, la thèse contribue à la littérature sur les troubles de la conduite alimentaire à plusieurs égards. Tout d'abord, l'un des apports centraux des deux études effectuées concerne le fait qu'elles ont été menées auprès d'adolescents souffrant d'un TCA. Malgré l'incidence accrue des problèmes alimentaires à l'adolescence, le nombre d'études empiriques menées exclusivement auprès de jeunes âgés de moins de dix-huit ans et présentant un diagnostic de TCA demeure très limité. En effet, la majorité des recherches ayant examiné les liens entre la qualité des relations interpersonnelles et les conduites alimentaires pathologiques ont été menées auprès d'adultes avec ou sans TCA ou de jeunes sans TCA (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013). Or, l'intensité des symptômes présentés par les adolescents ayant un diagnostic de TCA ainsi que le contexte relationnel dans lequel ils évoluent (c.-à-d., cohabitation avec les parents et influence majeure du groupe d'amis à

l'adolescence) sont susceptibles d'être différents de la réalité vécue par les individus d'âge adulte ou les jeunes issus d'échantillons communautaires. Ainsi, en s'intéressant spécifiquement aux adolescents présentant un TCA et qui sont suivis pour cette problématique (c.-à-d., diagnostic établi par des professionnels, intensité des symptômes plus élevée, recours à des services spécialisés), la présente thèse a permis d'approfondir la compréhension des facteurs pouvant influencer le maintien ainsi que le devenir des problèmes alimentaires au sein de cette population.

Dans le même ordre d'idées, la présente thèse se distingue des études précédentes en raison du cadre conceptuel sur lequel elle s'appuie et qui permet, entre autres, de tisser des liens importants entre la théorie, la recherche et l'intervention. Plus précisément, bien que certaines des interventions recommandées pour le traitement des TCA à l'adolescence incluent un volet relationnel (Lock, 2010), peu de modèles théoriques sur lesquels s'appuie ce type d'interventions ont été validés empiriquement. Dans le but de pallier à cette limite, les objectifs et hypothèses de la présente thèse se sont donc principalement articulés autour du modèle IP-TCA, qui est en lien direct avec la thérapie interpersonnelle adaptée aux individus présentant des troubles des conduites alimentaires. Bien qu'il ne soit pas possible de valider l'entièreté de la conceptualisation proposée dans le modèle IP-TCA sur la base des résultats des deux études, ces derniers fournissent un éclairage pertinent quant aux mécanismes potentiels pouvant expliquer comment les interventions familiales et interpersonnelles sont susceptibles de mener à une diminution des difficultés chez les jeunes aux prises avec un TCA.

Au niveau empirique, une autre contribution intéressante de la thèse concerne le fait que les deux études figurent parmi les rares travaux de recherche à avoir examiné simultanément plusieurs types de relations interpersonnelles, qui occupent toutes un rôle central à l'adolescence et dont l'impact est susceptible de perdurer à l'âge adulte. De manière générale, la littérature scientifique ayant examiné les liens entre la qualité des relations interpersonnelles et les TCA a eu tendance à mettre l'accent sur le fonctionnement familial global ou bien sur les interactions mère-adolescent spécifiquement. Conséquemment, le rôle du père et du groupe d'amis dans le maintien et l'évolution de la symptomatologie associée aux TCA à l'adolescence demeurent relativement méconnus (Arcelus et al., 2013; Leonidas & dos Santos, 2014). La présente thèse contribue donc à la littérature en fournissant un portrait plus détaillé des associations entre les problèmes alimentaires et la qualité des dimensions positives et négatives des relations avec la mère, le père et les amis.

Enfin, l'un des apports significatifs de la thèse concerne l'inclusion d'un volet longitudinal visant à examiner plus précisément la coévolution entre les relations interpersonnelles et les symptômes de TCA au fil du temps chez des adolescents. La majorité des études menées auprès de jeunes aux prises avec des problèmes alimentaires n'incluent généralement pas plus d'un temps de mesure, ce qui limite les conclusions qui peuvent être tirées, particulièrement en ce qui a trait aux liens de causalité entre les variables. Il est important de préciser que les défis associés au fait de recruter et de suivre un échantillon clinique d'adolescents aux prises avec un TCA sur une période de plusieurs mois sont nombreux, ce qui peut expliquer le nombre très limité d'études longitudinales auprès de cette population. L'une des contributions majeures de la présente thèse est donc de fournir un

portrait préliminaire des associations longitudinales entre la qualité des relations interpersonnelles et la symptomatologie associée aux TCA chez des adolescents suivis pour cette problématique.

4.4. Limites de la thèse et pistes de recherche futures

Malgré des contributions significatives à la littérature, les deux études effectuées dans le cadre de la thèse comportent également certaines limites qu'il importe de souligner afin d'orienter les recherches futures dans le domaine. Tout d'abord, les conclusions de la thèse s'appliquent principalement aux jeunes filles souffrant d'anorexie. Les garçons ainsi que les autres types de diagnostics de TCA étaient absents de la première étude et sous-représentés dans la seconde, ce qui limite la généralisation des résultats à ces différents groupes. En ce sens, il serait pertinent que les études futures répliquent les résultats de la présente thèse au sein d'échantillons plus diversifiés, tout en comparant les différents groupes au niveau de la qualité de leurs relations interpersonnelles. Certaines études ont démontré que les interactions avec le parent du même sexe ont un impact plus important sur l'ajustement à l'adolescence (Paterson, Field, & Pryor, 1994), d'où l'importance de tenir compte de cette possibilité dans les recherches futures afin de clarifier davantage les rôles distincts de la mère et du père auprès des filles et des garçons présentant un TCA. En ce sens, il serait également pertinent de tenir compte des heures de contact entre le jeune et chacun de ses parents dans les études futures ou, du moins, de préciser qui de la mère ou du père endossent un rôle d'aidant primaire et d'aidant secondaire. Dans le même ordre d'idées, une mesure de contrôle permettant de tenir compte de la composition familiale (famille nucléaire, famille monoparentale, famille recomposée, etc.)

pourrait être un ajout important dans les prochaines recherches afin d'assurer une plus grande généralisation des résultats.

Par ailleurs, une autre limite de la thèse concerne l'utilisation de mesures auto-rapportées et remplies exclusivement par les adolescents dans les deux études. Bien que les questionnaires utilisés présentaient tous de bonnes propriétés psychométriques et ont été largement utilisés dans la littérature sur les TCA, les biais inhérents à ce type d'échelles ne peuvent être complètement écartés. Notamment, la possibilité que les adolescents présentant des conduites alimentaires pathologiques aient une vision plus négative de leurs relations interpersonnelles ou encore qu'ils rapportent une intensité de symptômes qui ne correspond pas à ce qui est observé dans la réalité ne peut être exclue. Certains auteurs ont d'ailleurs soulevé les biais cognitifs et émotionnels pouvant découler de la malnutrition et potentiellement limiter la validité des mesures auto-rapportées dans certains cas (Vitousek, Daly & Heiser, 1991). L'ajout de mesures plus objectives (p.ex., sévérité des symptômes évaluée par un professionnel, observation et évaluation de la qualité des interactions interpersonnelles par un tiers, etc.) serait une avenue intéressante à considérer dans les travaux futurs. L'inclusion de plusieurs répondants (p.ex., mère, père, amis) pourrait également permettre de potentiellement minimiser les biais associés aux mesures auto-rapportées. En effet, la thèse s'intéresse à l'implication des parents mais elle ne recueille pas leurs impressions sur cette implication. Certains auteurs ont d'ailleurs démontré que les membres de la famille d'adolescents présentant un TCA ont tendance à avoir des perceptions différentes de la qualité de leurs interactions et du fonctionnement global de la famille (Cook-Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005; Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky, & Sunday, 2005).

De plus, malgré l'inclusion d'un volet longitudinal dans le cadre de la présente thèse, la compréhension des associations temporelles entre la qualité des relations interpersonnelles et la symptomatologie associée aux TCA demeure limitée. Spécifiquement, les analyses statistiques utilisées pour répondre aux objectifs du deuxième article étaient limitées en raison de la taille de l'échantillon. Il serait pertinent que les études futures incluent un plus grand nombre de participants afin de clarifier la direction des effets entre les variables tout en examinant la validité du modèle IP-TCA au niveau longitudinal. Par exemple, le recours à des modèles d'analyses structurales (c.-à-d., *Structural Equation Modeling*) permettrait d'approfondir la compréhension des associations réciproques entre les relations interpersonnelles, les caractéristiques personnelles et les symptômes de TCA au fil du temps. Il importe toutefois de souligner que les défis associés au fait de collecter des données sur une longue période auprès d'adolescents présentant un diagnostic de trouble psychologique sont nombreux. En ce sens, l'utilisation de mesures rétrospectives permettant d'évaluer la qualité des relations interpersonnelles des jeunes atteints d'un TCA avant le début de la maladie pourrait s'avérer une alternative intéressante et permettre, en partie, de clarifier davantage la temporalité des associations entre les différentes variables à l'étude.

Ensuite, dans la deuxième étude, le taux d'attrition relativement élevé entre les deux temps de mesure constitue en soi une limite à considérer. Les raisons pour lesquelles certains adolescents n'ont pas rempli à nouveau les questionnaires quinze mois après leur arrivée dans les services n'ont pas été spécifiquement établies. Il est toutefois possible de postuler que les jeunes dont le TCA était rétabli ou partiellement rétabli au deuxième temps de mesure

n'avaient pas nécessairement envie de se replonger à nouveau dans cette période difficile de leur vie un an plus tard, particulièrement dans le cas où leur suivi avec l'équipe traitante était plus espacé. En ce sens, la possibilité que les données de la seconde étude reflètent davantage la réalité des jeunes aux prises avec un TCA plus chronique et des symptômes plus sévères ne peut être exclue. En lien avec cette notion, un suivi longitudinal s'échelonnant sur une plus longue période de temps permettrait potentiellement d'obtenir des résultats plus précis en ce qui a trait à l'impact des relations interpersonnelles sur le devenir des TCA et vice versa. En effet, il est à noter que, malgré une diminution moyenne des symptômes au fil du temps, les adolescents inclus dans la deuxième étude de la thèse continuaient à présenter des conduites alimentaires pathologiques d'intensité clinique quinze mois après leur arrivée dans les services, selon les critères établis dans le EDI-3 (Garner, 2004). Il serait donc intéressant de répliquer les résultats en suivant les jeunes sur une plus longue période de temps afin de possiblement obtenir une plus grande variance au niveau de la sévérité des symptômes de TCA ou encore de comparer les groupes entre eux en fonction de la symptomatologie présentée (p.ex., TCA actif, partiellement rétabli, totalement rétabli).

Dans le même ordre d'idées, le fait qu'il n'ait pas été possible de tenir compte de l'impact du traitement reçu et des interventions auxquelles les participants ont été exposés tout au long de l'étude limite les conclusions pouvant être tirées dans le cadre de la présente thèse. Il importe toutefois de souligner que l'ensemble des adolescents inclus dans la deuxième étude était suivi dans le même programme spécialisé et ont donc reçu des interventions similaires. Cependant, l'absence de données sur le sujet fait en sorte qu'il n'est pas possible de déterminer le nombre de séances de thérapie auxquelles les jeunes et leur famille ont participé,

les modalités exactes de traitement (p.ex., suivi externe, hospitalisation) ou encore si certains des participants ont abandonné le traitement de manière prématurée, ce qui aurait pu avoir une influence sur les résultats obtenus. Les études futures bénéficieraient donc d'une documentation plus précise du traitement et des interventions reçus pour chacun des participants et de leur famille afin que ces variables soient considérées dans le cadre des analyses statistiques.

5. Conclusion

La présente thèse a permis de clarifier les associations transversales et longitudinales entre les aspects positifs et négatifs des relations avec la mère, le père et les amis et la sévérité de la symptomatologie associée aux TCA chez un groupe d'adolescents suivis pour ces problématiques. Bien qu'il ne soit pas possible de conclure à des liens de causalité entre les variables à l'étude, les résultats tendent tout de même à appuyer, en partie, la conceptualisation proposée dans le modèle IP-TCA. En effet, les adolescents qui perçoivent davantage de détachement et de conflits dans leurs relations avec leur mère et leurs amis rapportent une estime d'eux-mêmes plus faibles et des niveaux plus élevés d'humeur négative, ce qui, en retour, semble être associé à des symptômes de TCA plus sévères. Ces associations transversales viennent corroborer les conclusions d'études passées, en plus de souligner l'importance de considérer les relations avec le groupe de pairs comme étant une cible thérapeutique potentielle dans le traitement des TCA à l'adolescence.

Dans un second temps, la thèse a également démontré que, lorsque chaque type de relations interpersonnelles est examiné indépendamment l'un de l'autre et mis en lien avec les symptômes de TCA au fil du temps, les résultats sont plus nuancés. D'une part, une meilleure communication avec la mère et des niveaux plus faibles d'aliénation dans les interactions avec celle-ci à l'arrivée dans les services spécialisés ont été associées à des symptômes de TCA moins sévères quinze mois plus tard. Les jeunes rapportant une meilleure communication avec leur père initialement présentaient également des symptômes de TCA moins sévères ainsi que des niveaux moins élevés d'humeur négative quinze mois plus tard. Il en va de même pour un plus haut niveau de confiance perçue dans les relations avec les amis à l'arrivée dans les

services qui a été associé à des niveaux d'humeur négative plus faibles au deuxième temps de mesure. En tenant compte des résultats exploratoires qui ont démontré des associations significatives entre l'amélioration des relations avec la mère, le père et les amis et la diminution de la symptomatologie associée aux TCA, il est possible de suggérer que la qualité des relations avec la mère est plus spécifiquement reliée aux conduites alimentaires pathologiques tandis que la qualité des interactions avec le père et les amis semble davantage associée aux problèmes psychologiques de manière plus générale (c.-à-d., humeur négative).

Ces résultats sont susceptibles d'avoir des implications intéressantes sur le plan clinique, particulièrement en ce qui a trait à l'intervention auprès des adolescents atteints d'un TCA. Spécifiquement, la thèse souligne l'importance de mettre en place des approches systémiques qui tiennent compte des différents types de relations interpersonnelles qui sont centrales dans la vie du jeune. En effet, tel que démontré dans le cadre des deux études, la qualité des interactions avec la mère, le père et les amis est susceptible de contribuer au maintien des difficultés spécifiques au TCA, mais également aux problèmes d'ajustement psychologique plus global (c.-à-d., estime de soi et humeur négative). Il apparaît donc pertinent pour les professionnels travaillant auprès de cette population de sensibiliser le jeune présentant un TCA et son entourage, incluant la mère, le père et les amis, à l'impact que les aspects positifs et négatifs des relations interpersonnelles peuvent avoir sur la sévérité des symptômes, et vice versa. Il est également essentiel d'aider le jeune et les personnes significatives qui l'entourent à développer ou à maintenir des interactions marquées par la confiance mutuelle, la communication et une saine gestion des conflits puisque cela est susceptible de favoriser un rétablissement plus global et pourrait peut-être même diminuer le

risque de rechutes. En somme, malgré la pertinence des conclusions de la présente thèse, il est essentiel que les études futures répliquent les résultats obtenus. Spécifiquement, il serait intéressant de valider la conceptualisation proposée dans le modèle IP-TCA en examinant les variables médiatrices au niveau longitudinal. Le recours à un plus grand échantillon d'adolescents suivis pour un TCA est également de mise afin de clarifier la direction des effets, tout en tenant compte de l'impact potentiel du traitement sur les différentes associations.

6. Bibliographie

- Ackard, D. M., & Peterson, C. B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 187-194.
- Adolescent Medicine Committee, C. P. S. (1998). Eating disorders in adolescents: Principles of diagnosis and treatment. *Paediatrics & Child Health*, 3(3), 189-192.
- Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29(3), 491-503.
- Al Sabbah, H., Vereecken, C. A., Elgar, F. J., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., . . . Maes, L. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9(1), 52. doi: 10.1186/1471-2458-9-52
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child development*, 78(4), 1222-1239.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)*. American Psychiatric Publishing.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 464-477.
- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health psychology*, 21(4), 349.
- Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 43-50.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Arcelus, J., Whight, D., & Haslam, M. (2011). Interpersonal Problems in People with Bulimia Nervosa and the Role of Interpersonal Psychotherapy (*New insights into the prevention and treatment of bulimia nervosa*: InTech.

- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C., & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical psychology review, 33*(1), 156-167.
- Archibald, A. B., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1999). Associations Among Parent-Adolescent Relationships, Pubertal Growth, Dieting, and Body Image in Young Adolescent Girls: A Short-Term Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence, 9*(4), 395-415. doi: 10.1207/s15327795jra0904_2
- Archibald, A. B., Linver, M. R., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Parent-adolescent relationships and girls' unhealthy eating: Testing reciprocal effects. *Journal of Research on Adolescence, 12*(4), 451-461.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence, 16*(5), 427-454.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of parent and peer attachment (IPPA)*. University of Washington.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*(6), 683-697.
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., & Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour research and therapy, 48*(3), 194-202.
- Baumeister, R. (1998). The self (In DT Gilbert, ST Fiske, & G. Lindzey (Eds.). *The handbook of social psychology* (Vol. 1, pp. 680-740). NY: McGraw-Hill.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of personality and social psychology, 64*(1), 141.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beurs, E. d., Geerlings, S. W., & Tilburg, W. v. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(1), 20-27.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 293-309.

- Berndt, T. J., & Hestenes, S. L. (1996). The developmental course of social support: Family and peers. *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment*, 77-106.
- Bester, G. (2007). Personality development of the adolescent: peer group versus parents. *South African Journal of Education*, 27(2).
- Bizeul, C., Brun, J. M., & Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry*, 18(3), 119-123.
- Blechert, J., Ansorge, U., Beckmann, S., & Tuschen-Caffier, B. (2011). The undue influence of shape and weight on self-evaluation in anorexia nervosa, bulimia nervosa and restrained eaters: a combined ERP and behavioral study. *Psychological Medicine*, 41(1), 185-194.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 454-462.
- Blondin, S., & Meilleur, D. (2016). Expérience d'aidant des proches de personnes atteintes d'un trouble de la conduite alimentaire: recension critique de la littérature. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 87-114.
- Bosanac, P., Kurlender, S., Stojanovska, L., Hallam, K., Norman, T., McGrath, C., . . . Olver, J. (2007). Neuropsychological study of underweight and "weight-recovered" anorexia nervosa compared with bulimia nervosa and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 613-621.
- Boutelle, K., Eisenberg, M. E., Gregory, M. L., & Neumark-Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 309-316.
- Bradley, M.-F., & Pauzé, R. (2008). Cycle de vie familiale, échec dans la résolution des tâches développementales et apparition de l'anorexie à l'adolescence. *Thérapie familiale*, 29(3), 335-353.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 24(2), 187-194.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders; Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. Basic Books.
- Bruch, H. (1979). L'énigme de l'anorexie. Paris: PUF.
- Busseri, M. A., Rose-Krasnor, L., Willoughby, T., & Chalmers, H. (2006). A longitudinal examination of breadth and intensity of youth activity involvement and successful development. *Developmental psychology*, 42(6), 1313.
- Button, E., Sonuga-Barke, E., Davies, J., & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem

in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 193-203.

Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 155-164.

Calam, R., Waller, G., Slade, P., & Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5), 479-485.

Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.

Canadian Institute for Health Intervention. (2014). More young women being hospitalized for eating disorders.

Casper, R. (1983). Some provisional Ideas concerning the psychological Structure in Anorexia Nervosa and Bulimia ((p. 387-392).

Cattanach, L., Malley, R., & Rodin, J. (1988). Psychologic and physiologic reactivity to stressors in eating disordered individuals. *Psychosomatic medicine*.

Cella, S., Cipriano, A., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2017). Identifying predictors associated with the severity of eating concerns in females with eating disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20(1).

Champion, L., & Power, M. J. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150-158.

Christie, D., & Viner, R. (2005). Adolescent development. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330, 301-304. doi: 10.1136/bmj.330.7486.301

Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 81-90.

Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Presses de l'Université de Montréal.

Colarossi, L. G. (2001). Adolescent gender differences in social support: Structure, function, and provider type. *Social Work Research*, 25(4), 233-241.

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development. *The Journal of Early Adolescence*, 24(1), 55-62.

Cook-Darzens, S. (2002). *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique: approche systématique intégrée*. Dunod.

- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M.-C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236. doi: 10.1002/erv.628
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., & Mouren, M. C. (2008). Family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: Current research evidence and its therapeutic implications. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 13(4), 157-170. doi: 10.1007/BF03327502
- Cook-Darzens, S. (2013). Apports de la recherche familiale dans les troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent: acquis, défis et nouvelles perspectives. *Thérapie familiale*, 34(1), 39-67.
- Couture, J. (2008). *Evaluation des resultats d'une intervention centree sur les difficultes de socialisation d'adolescentes anorexiques sur leur evolution ponderale, leurs conduites alimentaires, leur adaptation interpersonnelle et leur ajustement psychologique*. (Universite de Sherbrooke (Canada)). Repéré à <https://books.google.ca/books?id=4eC2gQsrd-cC>
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 175-183.
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Jose, P. E., & Pryor, J. (2010). Relationships between family connectedness and body satisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1392-1401.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229-240.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
- Dancyger, I. D. A., Fornari, V., Katz, J., Wisotsky, W. L., & Swencionis, C. (2003). The Relationship Between Eating Pathology and Perceived Family Functioning in Eating Disorder Patients in a Day Treatment Program *Eating Disorders*, 11(2), 89-99. doi: 10.1080/10640260390199280
- de Groot, J. M., & Rodin, G. (1994). Eating disorders, female psychology, and the self. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 22(2), 299-317.
- de Santana Portela, M., Mora, M. G., & Raich, R. (2012). Epidemiology and risk factors of eating disorder in adolescence: a review. *Nutricion hospitalaria*, 27(2), 391-401.

- Dobmeyer, A. C., & Stein, D. M. (2003). A prospective analysis of eating disorder risk factors: Drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. *Eating Behaviors*, 4(2), 135-147.
- Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L., & Godart, N. (2012). Expressed emotion in families of patients with eating disorders: A review of the literature. *Current Psychiatry Reviews*, 8(3), 183-202.
- Dunphy, D. C. (1963). The social structure of urban adolescent peer groups. *Sociometry*, 230-246.
- Ekkekakis, P. (2013). *The measurement of affect, mood, and emotion: A guide for health-behavioral research*. Cambridge University Press.
- Elliott, C. A., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Columbo, K. M., Wolkoff, L. E., Ranzenhofer, L. M., & Yanovski, J. A. (2010). An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 424-428.
- Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., . . . Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *J Abnorm Psychol*, 122(3), 709-719. doi: 10.1037/a0034010
- Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Nordbo, R. H., Skarderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 20(6), 451-460.
- Fairburn, C. G. (2001). *Eating disorders*. Wiley Online Library.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R., & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696.
- Fennig, S., Brunstein Klomek, A., Shahar, B., Sarel-Michnik, Z., & Hadas, A. (2017). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early intervention in psychiatry*, 11(3), 200-207.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 87-100. doi: 10.1002/eat.20215
- Fisher, M., Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., Rees, J., Schebendach, J., . . . Hoberman,

- H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *Journal of Adolescent Health, 16*(6), 420-437. doi: 10.1016/1054-139x(95)00069-5
- Flament, M. F., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen, H. N., Birmingham, M., & Goldfield, G. (2015). Weight Status and DSM-5 Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents From the Community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(5), 403-411.e402. doi: 10.1016/j.jaac.2015.01.020
- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical psychology review, 26*(6), 769-782.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 170*(8), 917-925.
- Franko, D. L., & Striegel-Moore, R. H. (2018). Psychosocial risk for eating disorders: what's new? (*Annual Review of Eating Disorders* (p. 51-62): CRC Press.
- Fredrickson, B. L., & Cohn, M. A. (2008). Positive emotions (*Handbook of emotions, 3rd ed.* (p. 777-796). New York, NY, US: Guilford Press.
- French, S. A., Story, M., Downes, B., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1995). Frequent dieting among adolescents: psychosocial and health behavior correlates. *Am J Public Health, 85*(5), 695-701.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology, 6*.
- Garner, D. M. (2004). *EDI 3: Eating Disorder Inventory-3: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1985). Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia.
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 28*(1), 8-19.
- Gerner, B., & Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of eating disorders, 37*(4), 313-320.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*(2), 122-130.
- Goldschmidt, A. B., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Peterson, C. B., . . . Mitchell, J. E. (2014). Ecological momentary assessment of stressful events and negative affect in bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(1), 30.

- Gowers, S. G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., . . . Barrett, B. (2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 191(5), 427-435.
- Gray, E. K., Watson, D., Payne, R., & Cooper, C. (2001). Emotion, mood, and temperament: Similarities, differences, and a synthesis. *Emotions at work: Theory, research and applications for management*, 21-43.
- Grisset, N. I., & Norvell, N. K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 293.
- Guarnieri, S., Ponti, L., & Tani, F. (2010). The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA): A study on the validity of styles of adolescent attachment to parents and peers in an Italian sample. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(3), 103-130.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.
- Harney, M. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., Maldonado, C. R., & Bardone-Cone, A. M. (2014). Negative affective experiences in relation to stages of eating disorder recovery. *Eating behaviors*, 15(1), 24-30.
- Harter, S., & Leahy, R. L. (2001). *The construction of the self: A developmental perspective*: Springer.
- Harter, S., Waters, P., & Whitesell, N. R. (1998). Relational self-worth: Differences in perceived worth as a person across interpersonal contexts among adolescents. *Child development*, 69(3), 756-766.
- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619-627.
- Health, N. C. C. f. M. (2004). National Clinical Practice Guideline: eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. *National Institute for Clinical Excellence*, 9(7), 2015.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 733-753.
- Hernandez, L., Montgomery, M. J., & Kurtines, W. M. (2006). Identity distress and adjustment problems in at-risk adolescents. *Identity*, 6(1), 27-33.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(1), 177-196.

- Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 843-859.
- Hilt, L. M., Roberto, C. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination mediates the relationship between peer alienation and eating pathology in young adolescent girls. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(3), 263-267.
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., & Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120.
- Hoste, R. R., Labuschagne, Z., & Le Grange, D. (2012). Adolescent bulimia nervosa. *Current psychiatry reports*, 14(4), 391-397.
- Huas, C., Caille, A., Godart, N., Foulon, C., Pham-Scottez, A., Divac, S., . . . Falissard, B. (2011). Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 62-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01627.x
- Hughes, E. K., Burton, C., Le Grange, D., & Sawyer, S. M. (2017). The participation of mothers, fathers, and siblings in family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-11.
- Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent–child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395.
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L., & LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child development*, 61(6), 2004-2021.
- Iniewicz, G. (2004). Self-esteem and its relations with self-image in female adolescents suffering from anorexia nervosa. *Psychiatria polska*, 39(4), 719-729.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Hammond, N., Balfour, L., Ritchie, K., Koszycki, D., & Bissada, H. (2015). Negative affect mediates the relationship between interpersonal problems and binge-eating disorder symptoms and psychopathology in a clinical sample: A test of the interpersonal model. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 133-138.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G., & Bissada, H. (2015). Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach. *Comprehensive psychiatry*, 63, 80-87.
- Jackson-Dwyer, D. (2013). *Interpersonal Relationships*. Taylor & Francis.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19.

- Jeammet, P. (1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. *Confrontations psychiatriques*, 22(31), 177-202.
- Jones, A., Lindekilde, N., Lübeck, M., & Clausen, L. (2015). The association between interpersonal problems and treatment outcome in the eating disorders: a systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 563-573.
- Kalter, N., Riemer, B., Brickman, A., & Chen, J. W. (1985). Implications of parental divorce for female development. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(5), 538-544.
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2010). General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(6), 519-527.
- Keel, P. K., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (2001). Vulnerability to eating disorders in childhood and adolescence. Dans R. E. I. J. M. Price (dir.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (p. 389-411). New-York, NY, US: Guilford Press.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., Fieselman, S., & Crow, S. J. (2000). Impact of definitions on the description and prediction of bulimia nervosa outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 377-386.
- Killen, J. D., Hayward, C., Litt, I., Hammer, L. D., Wilson, D. M., Miner, B., . . . Shisslak, C. (1992). Is puberty a risk factor for eating disorders? *American Journal of Diseases of Children*, 146(3), 323-325.
- Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and Behavior*, 64(2), 399-410. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.019>
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103.
- Kochel, K. P., Ladd, G. W., & Rudolph, K. D. (2012). Longitudinal Associations Among Youths' Depressive Symptoms, Peer Victimization, and Low Peer Acceptance: An Interpersonal Process Perspective. *Child Development*, 83(2), 637-650.
- Koon, J. O. (1997). Attachment to parents and peers in late adolescence and their relationship with self-image. *Adolescence*, 32(126), 471.
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.

- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.
- Lacharité, D. (1991). *Les changements survenus dans la vie d'anorexiques primaires au cours de l'année qui précède le début de leur diète*. (Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec).
- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Roesch, S. C. (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: The role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of adolescence*, 27(6), 703-716.
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., & McLean, N. (2011). Does Self-Esteem Mediate the Relationship between Interpersonal Problems and Symptoms of Disordered Eating? *European Eating Disorders Review*, 19(5), 454-458.
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2011). *Relationship Pathways: From Adolescence to Young Adulthood*. SAGE Publications.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*.
- Le Grange, D., Fitzsimmons-Craft, E. E., Crosby, R. D., Hay, P., Lacey, H., Bamford, B., . . . Touyz, S. (2014). Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 56, 91-98.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 711-718.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Advances in experimental social psychology*, 32, 1-62.
- Leary, M. R., & MacDonald, G. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. Dans M. R. L. J. P. Tangney (dir.), *Handbook of self and identity* (p. 401-418). New-York, NY, US: The Guilford Press
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. K., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal

- monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of personality and social psychology*, 68(3), 518.
- Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927.
- Lerner, R. M., Lamb, M. E., & Freund, A. M. (2010). *The Handbook of Life-Span Development, Volume 2: Social and Emotional Development*. Wiley.
- Levine, M., & Smolak, L. (2013). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, 59-80.
- Levine, M. P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 243-257.
- Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W. M., & White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls: The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating behaviors*, 2(3), 215-236.
- Lock, J. (2010). Treatment of Adolescent Eating Disorders: Progress and Challenges. *Minerva psichiatrica*, 51(3), 207-216.
- Lock, J., Le Grange, D. & Russell, G. (2012). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa, Second Edition: A Family-Based Approach*. Guilford Publications.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S64-S67.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- Lunde, C., & Frisén, A. (2015). Peer Risk Factors and Eating Disorders. *The Wiley Handbook of Eating Disorders*, 408-417.
- Macek, P., & Jezek, S. (2007). Adolescent's Assessments of Parents and Peers Relationships to Self-Esteem and Self-Efficacy. *Ceskoslovenska Psychologie*, 51, 26.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59-80. doi: 10.1007/s10567-012-0126-7
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2006). A prospective study of extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 402.
- McCabe, M. P., & Vincent, M. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(4), 315-328.

- McDermott, B., Forbes, D., Harris, C., McCormack, J., & Gibbon, P. (2006). Non-eating disorders psychopathology in children and adolescents with eating disorders: implications for malnutrition and symptom severity. *Journal of psychosomatic research*, 60(3), 257-261.
- McGuire, W. J., & McGuire, C. V. (1982). Significant others in self-space: Sex differences and developmental trends in the social self. *Psychological perspectives on the self*, 1, 71-96.
- McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S. E., & Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 125-139.
- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Miller-Johnson, S., Coie, J. D., Maumary-Gremaud, A., & Bierman, K. (2002). Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 30(3), 217-230.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 463-471. doi: 10.1037/0022-0167.35.4.463
- Mruk, C. J. J. (2006). *Self-Esteem Research, Theory, and Practice: Toward a Positive Psychology of Self-Esteem, Third Edition*. Springer Publishing Company.
- Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(2), 150-158.
- Newsom, J. T., Rook, K. S., Nishishiba, M., Sorkin, D. H., & Mahan, T. L. (2005). Understanding the relative importance of positive and negative social exchanges: Examining specific domains and appraisals. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(6), P304-P312.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 25(2), 223-249.
- Nilsson, K., Engström, I., & Hägglöf, B. (2012). Family climate and recovery in adolescent onset eating disorders: A prospective study. *European eating disorders review*, 20(1), e96-e102.
- Nolan, S. A., Flynn, C., & Garber, J. (2003). Prospective relations between rejection and depression in young adolescents. *Journal of personality and social psychology*, 85(4), 745.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of

- theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127.
- O'Koon, J. (1997). Attachment to parents and peers in late adolescence and their relationship with self-image. *Adolescence*, 32(126), 471.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: can symptoms be proximity-seeking? *Child and adolescent social work journal*, 19(6), 421-435.
- Palla, B., & Litt, I. F. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 81(5), 613-623.
- Paterson, J. E., Field, J., & Pryor, J. (1994). Adolescents' perceptions of their attachment relationships with their mothers, fathers, and friends. *Journal of youth and adolescence*, 23(5), 579-600.
- Pauzé, R., & Charbouillot-Mangin, B. (2001). *L'anorexie chez les adolescentes*. Erès.
- Pauzé, R., Couture, J., Lavoie, É., Pesant, C., Beauregard, C., Mailloux, S., & Mercier, M. (2008). L'intervention auprès du réseau d'amies et d'amis des adolescentes anorexiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*(1), 131-151.
- Paxton, S. J. (1996). Prevention implications of peer influences on body image dissatisfaction and disturbed eating in adolescent girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 4(4), 334-347. doi: 10.1080/10640269608249193
- Peck, L. D., & Lightsey Jr, O. R. (2008). The Eating Disorders Continuum, Self-Esteem, and Perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184-192.
- Pelletier Brochu, J., Meilleur, D., DiMeglio, G., Taddeo, D., Lavoie, E., Erdstein, J., . . . Frappier, J.-Y. (2018). Adolescents' perceptions of the quality of interpersonal relationships and eating disorder symptom severity: The mediating role of low self-esteem and negative mood. *Eating disorders*, 1-19.
- Pennesi, J.-L., & Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review*, 43, 175-192.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40(3), 879-891.
- Presnell, K., Stice, E., Seidel, A., & Madeley, M. C. (2009). Depression and eating pathology: Prospective reciprocal relations in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 357-365.
- Pulos, S. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory with Eating Disorder Patients. *Educational and Psychological Measurement*, 56(1), 139-141.

- Quoibion, M.-A. (2012). *Attitudes et comportements sociaux d'adolescentes présentant une anorexie mentale*. (Mémoire de Maîtrise, Université de Sherbrooke).
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2014). *DBT® skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M., & Fursland, A. (2017). Socializing problems and low self-esteem enhance interpersonal models of eating disorders: Evidence from a clinical sample. *International journal of eating disorders*, 50(9), 1075-1083. doi: 10.1002/eat.22740
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., . . . Tchanturia, K. (2016). The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(4), 310-319.
- Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249-263.
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2005). *The adolescent: Development, relationships and culture*. Pearson Education New Zealand.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410.
- Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Expressed emotion, family functioning, and treatment outcome for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 43-51.
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 49.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American sociological review*, 141-156.
- Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(7), 501-507.
- Rowa, K., Kerig, P. K., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent–child boundary problems. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(2), 97-114.
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 3.

- Rutzstein, G., Scappatura, M. L., & Murawski, B. (2014). Perfectionism and low self-esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(1), 39-49.
- Sadovnikova, T. (2016). Self-esteem and Interpersonal Relations in Adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 233, 440-444.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 127.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 343-366.
- Schuster, T. L., Kessler, R. C., & Aseltine, R. H. (1990). Supportive interactions, negative interactions, and depressed mood. *American journal of community psychology*, 18(3), 423-438.
- Schutz, H. K., & Paxton, S. J. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67-83.
- Sepúlveda, A. R., Graell, M., Berbel, E., Anastasiadou, D., Botella, J., Carrobbles, J. A., & Morandé, G. (2012). Factors associated with emotional well-being in primary and secondary caregivers of patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e78-e84.
- Sharpe, H., Schober, I., Treasure, J., & Schmidt, U. (2014). The role of high-quality friendships in female adolescents' eating pathology and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(2), 159-168.
- Shelley, R. (1997). *Anorexics on anorexia*. Jessica Kingsley Publishers.
- Simmons, R. G., & Rosenberg, F. (1975). Sex, sex roles, and self-image. *Journal of youth and adolescence*, 4(3), 229-258.
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 167-179.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Smolak, L., Striegel-Moore, R. H., & Levine, M. P. (2013). *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment*. Routledge.
- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews (*Advances in experimental social psychology* (Vol. 24, p. 93-159): Elsevier.

- Spindler, A., & Milos, G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8(3), 364-373.
- Spitzberg, B. H., & Cupach, W. R. (2012). *Handbook of Interpersonal Competence Research*. Springer New York.
- Stein, K. F., & Corte, C. (2007). Identity impairment and the eating disorders: content and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 15(1), 58-69. doi: 10.1002/erv.726
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Steinhausen, H.-C., Boyadjieva, S., Griogoroiu-Serbanescu, M., & Neumärker, K.-J. (2003). The outcome of adolescent eating disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 12(1), i91-i98.
- Steinhausen, H. C., Boyadjieva, S., Grigoriou-Serbanescu, M., Seidel, R., & Winkler Metzke, C. (2000). A transcultural outcome study of adolescent eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 60-66.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of abnormal psychology*, 110(1), 124.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
- Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & Rohde, P. (2007). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 863-876.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of abnormal psychology*, 113(1), 155.
- Striegel-Moore, R. H., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (2003). Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 587-593.
- Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 381-389.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res*, 197(1-2), 103-111. doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.009

- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
- Swarr, A. E., & Richards, M. H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 32(4), 636.
- Sweetingham, R., & Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(5), 401-407.
- Tantillo, M., & Sanftner, J. (2003). The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression, and therapeutic change in group. *Eating Behaviors*, 3(4), 349-364.
- Treasure, J., & Cardi, V. (2017). Anorexia nervosa, theory and treatment: where are we 35 years on from hilde bruch's foundation lecture? *European Eating Disorders Review*, 25(3), 139-147.
- Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 5-7.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of eating disorders*, 1, 13. doi: 10.1186/2050-2974-1-13
- Treasure, J., Schmidt, U., & Macdonald, P. (2009). *The Clinician's Guide to Collaborative Caring in Eating Disorders: The New Maudsley Method*. Taylor & Francis.
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 48(7), 946-971.
- Vitousek, K. B., Daly, J., & Heiser, C. (1991). Reconstructing the internal world of the eating-disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report. *International Journal of Eating Disorders*, 10(6), 647-666.
- Waller, G. (1993). Why do we diagnose different types of eating disorder? Arguments for a change in research and clinical practice. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 74-89.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 156(4), 546-550.
- Wallis, A., Miskovic-Wheatley, J., Madden, S., Rhodes, P., Crosby, R. D., Cao, L., & Touyz, S. (2018). Family Functioning and Relationship Quality for Adolescents in Family-based Treatment with Severe Anorexia Nervosa Compared with Non-clinical Adolescents. *European*

Eating Disorders Review, 26(1), 29-37.

- Walsh, B. T., & Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, 280(5368), 1387-1390.
- Warshawsky, D., & Handelszalts, J. E. (2014). Object relations and relationships with parents as predictors of motivation to recover from eating disorders. *Psychology*, 5(15), 1730.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). Emotions, moods, traits, and temperaments: Conceptual distinctions and empirical findings. *The nature of emotion: Fundamental questions*, 89-93.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Westwood, H., Lawrence, V., Fleming, C., & Tchanturia, K. (2016). Exploration of Friendship Experiences, before and after Illness Onset in Females with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *PloS one*, 11(9).
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: three models and their implications for research and clinical practice. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 396-403. doi: 10.1002/eat.22091
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C., & Dapelo, M. M. (2012). Emotion and Eating Disorder Symptoms in Patients with Anorexia Nervosa: An Experimental Study. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 876-882. doi: 10.1002/eat.22020
- Wilfley, D. E. (2000). *Interpersonal Psychotherapy for Group*. Basic Books.
- Wilksch, S., & Wade, T. D. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 571-578.
- Willer, M. G., Thuras, P., & Crow, S. J. (2005). Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2374-2376.
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., & Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 1-10.
- Witkowska, B. (2013). Perception of parental attitudes and the level of female adolescents' self-esteem affected with anorexia nervosa. *Psychiatria polska*, 47(3), 397-407.
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev*, 17(5), 338-349. doi: 10.1002/erv.925

Annexe I – Critères diagnostiques des troubles des conduites alimentaires répertoriés dans le DSM-IV-TR et principaux changements apportés dans le DSM-5

TCA	Critères diagnostiques DSM-IV-TR	Principaux changements DSM-5
Anorexie	<p>A) Refus de maintenir le poids au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (c.-à-d., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu).</p> <p>B) Peur intense de prendre du poids, alors que le poids est inférieur à la normale.</p> <p>C) Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.</p> <p>D) Chez les femmes post-pubères, aménorrhée (c.-à-d., absence d'au moins 3 cycles menstruels conséquents).</p> <p>Types : 1) Restrictif; 2) Avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critère A) : Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique. • Critère C) : « déni » remplacé par « manque de reconnaissance persistant ». • Retrait du Critère D) • Ajout de degrés de sévérité en fonction de l'indice de masse corporelle.
Boulimie	<p>A) Survenue récurrente de crises de boulimie.</p> <p>B) Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements provoqués, laxatifs, diurétiques, l'exercice physique excessif)</p> <p>C) Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.</p> <p>D) L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critère C) : Les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent au moins une fois par semaine pendant trois mois. • Retrait des types de boulimie • Ajout de degrés de sévérité selon le nombre d'épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

	<p>E) Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.</p> <p>Types : 1) Avec vomissements ou prise de purgatifs ; 2) Sans vomissements ni prise de purgatifs (mais avec jeûne et exercice physique excessif)</p>	
Troubles alimentaires non-spécifiés	<p>Catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas tous les critères d'un TCA, mais qui causent une détresse cliniquement significative ou une altération importante du fonctionnement de l'individu. Exemples de tableaux sous-syndromiques :</p> <p>1) Chez une femme, tous les critères de l'anorexie sont présents, mais les règles sont régulières ; 2) Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel de la personne demeure dans les limites normales ; 3) Tous les critères de la boulimie sont présents, à l'exception que les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois ; 4) L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal ; 5) Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture ; 6) Hyperphagie boulimique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de l'Hyperphagie comme étant une catégorie diagnostique à part entière.

Annexe II – Formulaire d’assentiment et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET D'ASSENTIMENT adolescente/adolescent



Trouble de la conduite alimentaire chez les enfants/adolescentes/adolescents: Facteurs de risque et de protection, troubles concomitants et évolution des symptômes suite à la prise en charge clinique

Chercheurs: Dr Jean-Yves Frappier, pédiatre CHU Sainte-Justine, Dr Danielle Taddeo, pédiatre CHU Sainte-Justine, Robert Pauzé PhD, professeur, Université Laval, Dominique Meilleur PhD, professeur, Université de Montréal, Delphine Collin-Vézina, PhD, professeure, Université McGill

Nous sollicitons ta participation et celle de tes parents à une étude menée par des chercheurs de la section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine en collaboration avec des chercheurs de plusieurs universités du Québec. Cette étude porte sur les facteurs sociaux qui contribuent au développement et au maintien des symptômes liés à la présence d'un trouble de la conduite alimentaire. Nous voulons également savoir comment les services offerts à la Clinique permettent d'aider ces jeunes.

Cette étude nous permettra de constituer une banque de données sur les jeunes pris en charge au CHU Sainte-Justine pour un trouble de la conduite alimentaire. Une banque de données permet d'informatiser les données cliniques ou les données des questionnaires complétés par tous les jeunes et leurs parents qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude. Ces données permettront de répondre à certaines questions de recherche qui ont pour but de mieux comprendre et de mieux prendre en charge les troubles de la conduite alimentaire. Cette banque de données ne contient aucune donnée nominative permettant de l'identifier. La mise en commun des données permettra d'analyser l'ensemble de ceux et celles qui participent à la recherche. Ces analyses permettront, entre autres, de répondre aux objectifs de la recherche décrits ci-dessous.

Cette étude ne bénéficie actuellement d'aucune subvention de recherche.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude, pour des enfants/adolescentes/adolescents de 8 à 17 ans qui consultent au CHU Sainte-Justine pour un trouble de la conduite alimentaire sont les suivants :

- créer une banque de données qui pourra être utilisée par notre équipe de recherche ou d'autres chercheurs
- identifier les facteurs liés aux symptômes
- tracer différents profils d'enfants/adolescentes/adolescents de 8 à 17 ans qui présentent un trouble de la conduite alimentaire
- suivre l'évolution de leurs caractéristiques et de leurs symptômes sur 5 ans après le début de la prise en charge

Déroulement de l'étude

Les soins usuels qui te sont offerts à la clinique sont les suivants :

- Évaluation initiale par le médecin, infirmière, etc.
- Administration de questionnaires lors de la prise en charge initiale
- Suivi par le médecin et l'infirmière et collecte de données cliniques et de laboratoire, si indiqué
- Hospitalisation si indiquée
- Évaluation et prise en charge, si indiquée, par d'autres professionnels

8 avril 2013

1 de 4



Si tu décides de participer, ta collaboration consistera :

- à compléter les mêmes questionnaires que tu viens de compléter après 6 mois, 12 mois et à toutes les années qui suivent pendant 5 ans. Ces questionnaires pourront être complétés soit ici même à l'hôpital ou encore à ton domicile. Nous te demanderons de compléter des questionnaires, au sujet notamment de tes émotions et sentiments, de ton réseau social, des façons que tu utilises pour te sentir mieux quand tu as des difficultés, des relations avec ta famille, et des événements difficiles que tu aurais pu vivre. Il te faudra environ 2 heures pour compléter tous les questionnaires. Tu es libre de ne pas répondre à tous les questionnaires. Tes parents compléteront aussi des questionnaires à ton sujet, à propos d'eux et de vos relations familiales. Les questionnaires que tu viens de compléter seront aussi inclus dans la recherche.

Un résumé des résultats obtenus aux questionnaires sera remis au médecin traitant et aux professionnels impliqués. Si tu es encore suivi au CHU Sainte-Justine, ce résumé permettra à l'équipe d'orienter les décisions cliniques et de mieux te soutenir. Ils pourront discuter ces résultats avec toi. Si tu n'es plus suivi(e) au CHU Sainte-Justine, le résumé sera tout de même remis au médecin traitant impliqué au début du suivi. Celui-ci ou un autre intervenant de l'équipe qui était impliqué prendra connaissance du rapport et vérifiera si le problème s'aggrave ou si de nouveaux problèmes sont apparus. Si tel est le cas, il communiquera avec toi (et tes parents si tu as alors moins de 14 ans) pour évaluer la situation et ton désir de consulter et proposer une ou des références, si tu n'es pas déjà pris(e) en charge ailleurs.

En plus, des informations cliniques seront aussi recueillies à partir du dossier médical de la Clinique ou durant l'hospitalisation (s'il y a lieu) (poids, nombre de visites, tests de laboratoire, état de santé, etc.)

Enfin, les intervenants rencontrés (médecin, psychologue, psychiatre, travailleuse sociale, etc.) compléteront quelques données sur les entrevues faites (nombre d'entrevues, types d'intervention, participation, etc.).

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut te permettre de mieux te connaître et de faire savoir à ton médecin et à l'équipe ce qui te préoccupe. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des adolescents/adolescentes qui présentent un trouble de la conduite alimentaire nous permettra de mieux les aider.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible lorsque tu complèteras ces questionnaires, serait de te rappeler des épisodes désagréables de ta vie. Si tu as besoin de parler, ton médecin traitant de la Clinique de l'adolescente du CHU Sainte-Justine, t'orientera vers les personnes qui pourront t'aider. Il est important que tu saches que la loi nous oblige à dévoiler aux autorités toute situation d'abus ou de négligence qui mettrait ta sécurité ou ton développement en danger.

Confidentialité

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront gardées confidentielles sauf exception de la loi.

Les données informatisées sont conservées sous forme codée, sans nom, dans une banque de données informatisées par le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, sauf pour le court résumé des résultats qui sera remis au médecin traitant et à l'équipe, lui permettant de mieux t'aider. Une copie de ces données informatisées est aussi conservée à la section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine sous clé (clé USB cryptée et à accès restreint) et dans un ordinateur sécurisé par le chercheur principal.

Les données informatisées codées (ou sur clé USB cryptée) sont conservées tant et aussi longtemps que le chercheur responsable pourra assumer la saine gestion de la banque de données et tant et aussi longtemps qu'un(e) autre pédiatre de la section de médecine de l'adolescence pourra en assumer la saine gestion au cas où il/elle prendrait la relève, en accord avec le comité d'éthique à la recherche.



Les documents papiers seront gardés sous clé par le chercheur principal à la section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. Les données papier seront numérisées puis le format papier sera détruit en dedans de 5 ans et les fichiers informatiques conservés par la suite.

Les résultats de l'étude pourront être présentés à lors de réunions ou congrès scientifiques. Toutefois, ton identité ou celle de ta famille ne sera jamais révélée lors de ces présentations.

De plus d'autres chercheurs pourront avoir accès aux données de la banque mais ils n'auront accès qu'aux données sous forme codée.

Enfin, l'adolescent(e) a droit à la confidentialité de ses réponses s'il(elle) est âgé(e) de 14 ans et plus. Si tu es âgé(e) de 14 ans et plus, les données ne seront pas discutées avec tes parents sans ton consentement.

Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine pourra avoir accès aux données.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Ta participation est tout à fait libre et volontaire et tu es libre de changer d'idée en tout temps et de retirer ton consentement sans avoir à fournir de raison. Aucune nouvelle donnée ne sera alors intégrée à la banque de données. Les données déjà recueillies seront conservées à moins que tu demandes de les détruire. Ta décision n'affectera en rien tes relations présentes ou futures avec les professionnels de l'équipe de la section de médecine de l'adolescence ou de l'unité d'hospitalisation du CHU Sainte-Justine et n'aura aucun effet sur la qualité des soins qui te seront offerts.

Personnes disponibles pour répondre à tes questions concernant l'étude :
Dr. Jean-Yves Frappier : (514) 345-4722

Nous te remercions pour ta collaboration.

Jean-Yves Frappier, md, FRCPC, MSc
Pédiatre, section de médecine de l'adolescence

Responsabilité des chercheurs

En acceptant de participer à cette recherche, tu ne renonces à aucun de tes droits prévus par la loi. De plus, tu ne libères pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui te causerait préjudice.

Si tu as des questions au sujet de tes droits ou une plainte à formuler, contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET D'ASSENTIMENT - enfant/adolescent(e)



Assentiment pour la participation à l'étude

Trouble de la conduite alimentaire chez les enfants, adolescentes et adolescents

Facteurs de risque et de protection, troubles concomitants et évolution des symptômes suite à la prise en charge clinique

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- * J'ai lu le formulaire d'information et de consentement.
- * J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- * Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- * Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence sur mes soins de santé.
- * J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats me concernant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude et au comité d'éthique du CHU Sainte-Justine.
- * Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.
- * J'accepte de participer à l'étude.

Nom et prénom de l'enfant/ l'adolescent(e) (Lettres moulées)

Date de naissance

Signature

Puisqu'un suivi sera effectué durant 5 ans, il sera nécessaire que tu signes à nouveau un formulaire de consentement pour donner ton consentement pour la poursuite de ta participation lorsque tu atteindras 18 ans.

Le projet de recherche a été décrit au participant(e) ainsi que les modalités de sa participation. Un membre de l'équipe de recherche (chercheure ou assistante de recherche) a répondu à ses questions et lui a expliqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Nom et prénom de la déléguée (Lettres moulées)

Signature de la déléguée

Date

8 avril 2013

4 de 4



Formulaire d'information et de consentement - Parent



Trouble de la conduite alimentaire chez les enfants/adolescent(e)s: Facteurs de risque et de protection, troubles concomitants et évolution des symptômes suite à la prise en charge clinique

Chercheurs:

Dr Jean-Yves Frappier, pédiatre CHU Sainte-Justine, Dr Danielle Taddeo, pédiatre CHU Sainte-Justine, Robert Pauzé PhD, professeur, Université Laval, Dominique Meilleur PhD, professeure, Université de Montréal, Delphine Collin Vézina, PhD, professeure, Université McGill

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant, adolescente ou adolescent à une étude menée par des chercheurs de la section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine en collaboration avec des chercheurs de plusieurs universités du Québec. Cette étude porte sur les facteurs sociaux, familiaux, psychologiques et biologiques qui contribuent au développement et au maintien des symptômes liés à la présence d'un trouble de la conduite alimentaire. Nous voulons également savoir comment les services offerts à la Clinique permettent d'aider ces jeunes.

Cette étude nous permettra de constituer une banque de données sur les jeunes pris en charge au CHU Sainte-Justine pour un trouble de la conduite alimentaire. Une banque de données permet d'informatiser les données cliniques ou les données des questionnaires complétés par tous les jeunes et leurs parents qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude. Ces données permettront de répondre à certaines questions de recherche qui ont pour but de mieux comprendre et de mieux prendre en charge les troubles de la conduite alimentaire. Cette banque de données ne contient aucune donnée nominative permettant de vous identifier ni d'identifier votre enfant. La mise en commun des données permettra d'analyser l'ensemble de ceux et celles qui participent à la recherche. Ces analyses permettront, entre autres, de répondre aux objectifs de la recherche décrits ci-dessous.

Cette étude ne bénéficie actuellement d'aucune subvention de recherche.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude, pour des enfants/adolescentes/adolescents de 8 à 17 ans qui consultent au CHU Sainte-Justine pour un trouble de la conduite alimentaire sont les suivants :

- créer une banque de données qui pourra être utilisée par notre équipe de recherche ou d'autres chercheurs;
- identifier les facteurs psychologiques, sociaux et biologiques liés aux symptômes;
- tracer différents profils d'enfants/adolescentes/adolescents de 8 à 17 ans qui présentent un trouble de la conduite alimentaire;
- suivre l'évolution de leurs caractéristiques et de leurs symptômes sur 5 ans après le début de la prise en charge.

Déroulement de l'étude

Les soins usuels qui sont offerts à la clinique sont les suivants :

- Évaluation initiale par le médecin, infirmière, etc.;
- Administration de questionnaires lors de la prise en charge initiale;
- Suivi par le médecin et l'infirmière et collecte de données cliniques et de laboratoire, si indiqué;
- Hospitalisation, si indiquée;
- Évaluation et prise en charge, si indiquée, par d'autres professionnels.

8 avril 2013

1 de 4



Si vous décidez de participer, votre collaboration et celle de votre enfant/adolescent(e) consisteront :

- à compléter les mêmes questionnaires que vous venez de compléter après 6 mois, 12 mois et à toutes les années qui suivent pendant 5 ans. Ces questionnaires pourront être complétés soit même à l'hôpital ou encore à votre domicile. Comme vous avez pu le constater, ces questionnaires visent à documenter entre autres, les comportements de votre enfant, vos perceptions et vos sentiments, vos relations familiales, etc. Les questionnaires que votre enfant complètera portent sur son état de santé psychologique, son estime de soi, son réseau social, sa perception des relations familiales, et les événements traumatiques et stressants qu'il aurait vécus. Les questionnaires que vous et votre enfant venez de compléter feront alors aussi partie de la recherche. Nous estimons qu'il vous faudra 1.5h pour compléter vos questionnaires et environ 2hrs de la part de votre enfant pour compléter ses questionnaires. Votre enfant et vous-même serez libres de ne pas répondre à toutes les questions.

Un résumé des résultats obtenus aux questionnaires sera remis au médecin traitant et aux professionnels impliqués. Si vous êtes encore suivis au CHU Sainte-Justine, ce résumé permettra à l'équipe d'orienter les décisions cliniques et de mieux vous soutenir ainsi que votre enfant. Si votre enfant/adolescent(e) n'est plus suivi au CHU Sainte-Justine, le résumé sera tout de même remis au médecin traitant impliqué au début du suivi. Celui-ci ou un autre intervenant de l'équipe qui était impliqué auprès de votre enfant/adolescent(e) prendra connaissance du rapport et vérifiera si le problème s'aggrave ou si de nouveaux problèmes sont apparus. Si tel est le cas, il communiquera avec votre enfant et vous (s'il/elle a moins de 14 ans) pour évaluer la situation et le désir de consulter et proposer une ou des références, s'il/elle n'est pas déjà pris(e) en charge ailleurs.

En plus, des informations cliniques seront aussi recueillies à partir du dossier médical de la Clinique ou durant l'hospitalisation (s'il y a lieu) (poids, nombre de visites, tests de laboratoire, état de santé, etc.).

Enfin, les intervenants rencontrés (médecin, psychologue, psychiatre, travailleuse sociale, etc.) complèteront quelques données sur les entrevues faites avec votre enfant/adolescent(e) ou vous-mêmes (nombre d'entrevues, types d'intervention, participation, etc.).

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre d'identifier différentes problématiques vécues par votre enfant ou par vous-même, et faire connaître ces informations au médecin traitant et à l'équipe soignante. En raison du partage des informations entre ce protocole de recherche et le médecin traitant et l'équipe du CHU Sainte-Justine, des faits importants pourront en effet être rapidement pris en compte dans l'orientation thérapeutique de votre enfant.

Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants/adolescente/adolescent nous permettra de mieux définir les caractéristiques des celles et ceux qui présentent des troubles de la conduite alimentaire, de mieux saisir les besoins d'intervention et de faire des prises en charge plus efficaces.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible en complétant ces questionnaires, serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou des événements actuels stressants. Toutefois, si vous ressentiez un besoin d'aide à ce sujet, le médecin traitant de la Clinique de l'adolescence du CHU Sainte-Justine vous orientera vers des ressources internes ou externes selon les besoins. Aussi, si certaines réponses aux questionnaires nous inquiètent, nous en aviserons le médecin traitant de la clinique de l'adolescence pour qu'il évalue la situation et vous oriente vers l'aide nécessaire. En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, des précautions sont prises afin qu'ils soient minimes. En ce sens, nous ne demandons pas à votre enfant de donner beaucoup de détails quant à des événements difficiles qu'il/elle aurait pu vivre. De plus, il est possible de mettre un terme à l'entrevue si votre enfant le désire. Les personnes qui mènent l'entrevue ou aide à faire compléter les questionnaires sont formées dans le domaine de la psychologie, du travail social, de la psychoéducation, des sciences infirmières ou autres. Elles bénéficient d'une expérience clinique. Il est important que vous sachiez que la loi nous oblige à dévoiler aux autorités toute situation d'abus ou de négligence qui mettrait la sécurité ou le développement de votre enfant en danger.

09 AVR. 2013

Confidentialité

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront gardées confidentielles sauf exception de la loi.

Les données informatisées sont conservées sous forme codée, sans nom, dans une banque de données informatisées, par le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, sauf pour le court résumé des résultats qui sera remis au médecin traitant et à l'équipe, lui permettant de mieux vous aider. Une copie de ces données informatisées est aussi conservée à la section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine sous clé (clé USB cryptée à accès restreint) et dans un ordinateur sécurisé par le chercheur principal.

Les données informatisées codées (ou sur clé USB cryptée) sont conservées tant et aussi longtemps que le chercheur responsable pourra assumer la saine gestion de la banque de données et tant et aussi longtemps qu'un(e) autre pédiatre de la section de médecine de l'adolescence pourra en assumer la saine gestion au cas où il/elle prendrait la relève; en accord avec le comité d'éthique à la recherche. Les documents papiers seront gardés sous clé par le chercheur principal à la section de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine. Les données papier seront numérisées puis le format papier sera détruit en dedans de 5 ans et les fichiers informatiques conservés par la suite.

De plus d'autres chercheurs pourront avoir accès aux données de la banque mais ils n'auront accès qu'aux données sous forme codée. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine pourra avoir accès aux données.

Enfin, l'adolescente ou l'adolescent a droit à la confidentialité de ses réponses s'il/elle est âgé(e) de 14 ans et plus. Dans ces situations, les données ne seront pas discutées avec le parent sans le consentement de l'adolescente ou l'adolescent.

Les résultats de l'étude pourront être présentés lors des réunions ou de congrès scientifiques. Toutefois, l'identité de votre enfant ou de votre famille ne sera jamais révélée lors de ces présentations.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Votre participation ou celle de votre enfant est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice. Aucune nouvelle donnée ne sera alors intégrée dans la banque de données. Les données déjà recueillies seront conservées à moins que vous demandiez de les détruire.

Votre décision n'affectera en rien vos relations présentes ou futures avec les membres du CHU Sainte-Justine et n'aura aucun effet sur la qualité des soins qui seront offerts à votre enfant.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions concernant l'étude :
Dr. Jean-Yves Frappier : (514) 345-4722

Nous vous remercions de votre collaboration.

Jean-Yves Frappier, md, FRCPC, MSc
Pédiatre, section de médecine de l'adolescence

Responsabilité des chercheurs

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les chercheurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice.

Si vous avez des questions au sujet de vos droits ou une plainte à formuler, veuillez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT – PARENT



Consentement pour la participation à l'étude Trouble de la conduite alimentaire chez les enfant/adolescentes/adolescents: Facteurs de risque et de protection, troubles concomitants et évolution des symptômes suite à la prise en charge clinique

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- * J'ai lu le formulaire d'information et de consentement.
- * J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- * Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- * Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les soins de santé offerts.
- * J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude et au comité d'éthique du CHU Sainte-Justine.
- * Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

J'accepte que mon enfant participe à l'étude

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

Date de naissance

Nom et prénom de la mère ou du père/tuteur/tutrice (Lettres moulées)

Signature

Date

J'accepte de participer à l'étude

Nom et prénom de la mère ou du père/tuteur/tutrice (Lettres moulées)

Signature

Date

Puisqu'un suivi sera effectué durant 5 ans, il sera peut-être nécessaire que votre adolescente ou adolescent signe à nouveau un formulaire de consentement pour donner son consentement pour la poursuite de sa propre participation lorsqu'il atteindra 18 ans.

Le projet de recherche a été décrit au participant(e) et à son parent/tuteur/tutrice ainsi que les modalités de leur participation. Un membre de l'équipe de recherche (chercheur ou assistante de recherche) a répondu à leurs questions et leur a expliqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Nom et prénom : délégué(e) (Lettres moulées)

Signature : délégué(e)

Date

8 avril 2013

4 de 4

Annexe III – Instruments de mesure

1. Inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs (IPPA)¹

Les questions suivantes portent sur ta relation avec ta mère. Coche la réponse qui correspond le plus à ton point de vue.

	Jamais/Presque jamais vrai	Rarement vrai	Quelquefois vrai	Souvent vrai	Presque toujours/ Toujours vrai
1. Ma mère respecte mes sentiments.					
2. Je sens que ma mère est vraiment une bonne mère.					
3. J'aurais aimé que ma mère soit différente.					
4. Ma mère m'accepte comme je suis.					
5. Je ne peux pas compter sur ma mère lorsque j'ai un problème.					
6. Quand il y a quelque chose qui me tracasse, j'aime bien avoir l'avis de ma mère.					
7. Ce n'est pas dans mes habitudes de laisser paraître mes sentiments à ma mère.					
8. Ma mère sent bien lorsque je suis contrarié(e).					
9. Si je parle de mes problèmes avec ma mère, je ne me sens pas à l'aise.					
10. Ma mère attend trop de moi.					

¹ Par souci d'espace, la version de l'IPPA que les participantes complètent concernant la qualité de la relation avec leur père n'est pas incluse dans la présente annexe. Les items sont toutefois identiques à ceux portant sur la mère.

11. À la maison, je me fâche facilement contre ma mère.					
12. Ma mère ne se rend pas compte à quel point je peux être énervé(e).					
13. Quand je discute, ma mère accorde de l'importance à mon point de vue.					
14. Ma mère a confiance en mon jugement.					
15. Il ne faut pas que j'embête ma mère avec mes problèmes.					
16. Ma mère m'aide à mieux comprendre qui je suis.					
17. Je parle à ma mère de mes problèmes et de mes soucis.					
18. Je suis en colère contre ma mère.					
19. Je ne reçois pas beaucoup d'attention de ma mère à la maison.					
20. Ma mère m'encourage à parler de mes difficultés.					
21. Ma mère me comprend.					
22. Je ne peux pas attendre grand-chose de ma mère en ce moment.					
23. Quand je suis de mauvaise humeur, ma mère essaie d'être compréhensive.					
24. Je fais confiance à ma mère.					
25. Ma mère ne comprend pas ce qui m'arrive ces jours-ci.					

26. Je peux compter sur ma mère lorsque j'ai besoin de dire ce que j'ai sur le cœur.					
27. J'ai l'impression que ma mère ne me comprend pas.					
28. Si ma mère sait que quelque chose me tracasse, elle me demande ce qu'il y a.					

Les questions suivantes portent sur tes relations avec tes amis ou tes amies les plus proches.
Coche la réponse qui correspond le plus à ton point de vue.

	Jamais/Presque jamais vrai	Rarement vrai	Quelquefois vrai	Souvent vrai	Presque toujours/Toujours vrai
1. J'aime avoir le point de vue de mes amis sur les choses qui me préoccupent.					
2. Mes amis sentent lorsque je suis contrarié(e) à propos de quelque chose.					
3. Lorsque nous discutons, mes amis considèrent mon point de vue.					
4. Parler de mes problèmes à mes amis me fait sentir honteux(se) ou ridicule.					

5. Je souhaiterais avoir des amis différents.					
6. Mes amis me comprennent.					
7. Mes amis m'encouragent à parler de mes difficultés.					
8. Mes amis m'acceptent tel(le) que je suis.					
9. Je sens le besoin d'être en contact avec mes amis.					
10. Mes amis ne comprennent pas ce que je traverse ces temps-ci.					
11. Je me sens seul(e) ou à l'écart lorsque je suis avec mes amis.					
12. Mes amis écoutent ce que j'ai à dire.					
13. Je sens que mes amis sont de bons amis.					
14. Il est facile de parler avec mes amis.					
15. Lorsque je suis en colère à propos de quelque chose,					

mes amis cherchent à me comprendre.					
16. Mes amis m'aident à mieux me comprendre.					
17. Mes amis sont préoccupés par mon bien- être.					
18. Je suis en colère contre mes amis.					
19. Je peux compter sur mes amis lorsque j'ai besoin de dire ce que j'ai sur le cœur.					
20. Je fais confiance à mes amis.					
21. Mes amis respectent mes sentiments.					
22. Je deviens bouleversé(e) beaucoup plus souvent que mes amis peuvent l'imaginer.					
23. Il semble que mes amis sont irrités avec moi sans aucune raison.					

24. Je parle à mes amis de mes problèmes et mes ennuis.					
25. Si mes amis savent que quelque chose me tracasse, ils me demandent ce qu'il y a.					

2. Inventaire de dépression de Beck (BDI-II)

Ce questionnaire comporte 21 énoncés concernant des sentiments différents. Lis avec soin chacun des énoncés et choisis pour chacun des énoncés la phrase qui décrit le mieux comment tu t'es senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Si, pour un énoncé, tu trouves plusieurs phrases qui semblent décrire également bien ce que tu ressens, choisis celle qui a le chiffre le plus élevé et encercle ce chiffre. Assure-toi bien de ne choisir qu'une seule réponse par énoncé y compris pour l'énoncé 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et pour l'énoncé 18 (modification de l'appétit).

Tristesse

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

Pessimisme

0. Je ne suis pas découragée(e) face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

Échecs dans le passé

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

Perte de plaisir

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

Sentiments de culpabilité

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

Sentiment d'être puni(e)

- 0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1. Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2. Je m'attends à être puni(e).
- 3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

Sentiments négatifs envers soi-même

- 0. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1. J'ai perdu confiance en moi.
- 2. Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3. Je ne m'aime pas du tout.

Attitude critique envers soi

- 0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1. Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

Pensées ou désirs de suicide

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1. Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2. J'aimerais me suicider.
- 3. Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

Pleurs

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1. Je pleure plus qu'avant.
- 2. Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3. Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.

Agitation

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3. Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose

Perte d'intérêt

- 0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

Indécision

0. Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

Dévalorisation

0. Je pense être quelqu'un de valable.
1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2. Je me sens moins valable que les autres.
3. Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

Perte d'énergie

0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

Modification dans les habitudes de sommeil

0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
1. Je dors un peu plus que d'habitude.
2. Je dors un peu moins que d'habitude.
3. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
4. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
5. Je dors presque toute la journée.
6. Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

Irritabilité

0. Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1. Je suis plus irritable que d'habitude.
2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3. Je suis constamment irritable.

Modification de l'appétit

0. Mon appétit n'a pas changé.
1. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
2. J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
3. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
4. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
5. Je n'ai pas d'appétit du tout.
6. J'ai constamment envie de manger.

Difficulté à se concentrer

0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2. J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

Fatigue

0. Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

Perte d'intérêt pour le sexe

0. Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2. Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

